

DES
KYSTES DERMOIDES

N° 20

MÉDIANS
DU PLANCHER BUCCAL

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de médecine de Montpellier

LE 17 MARS 1894

PAR

Antoine ROLLAND

Né à Machot, par Ruines (Cantal)

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

MONTPELLIER
IMPRIMERIE CENTRALE DU MIDI
(HAMELIN FRÈRES)

1894

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. MAIRET..... DOYEN
CARRIEU..... ASSESSEUR

PROFESSEURS

Médecine légale et toxicologie	MM. JAUMES.
Clinique chirurgicale.....	DUBRUEIL (*).
Hygiène.....	BERTIN-SANS.
Clinique médicale.....	GRASSET.
Clinique chirurgicale.....	TEDENAT.
Clinique obstétricale et gynécologie	GRYNFELT.
Anatomie pathologique et histologie.....	KIENER (*).
Thérapeutique et matière médicale.....	HAMELIN (*).
Anatomie	PAULET (O.* *).
Clinique médicale.....	CARRIEU.
Clinique des maladies mentales et nerveuses.....	MAIRET.
Physique médicale.....	IMBERT.
Botanique et histoire naturelle médicale	GRANEL.
Opérations et appareils.....	FORGUE.
Clinique ophtalmologique.....	TRUC.
Chimie médicale et pharmacie.....	VILLE.
Physiologie.....	N....
Id. HÉDON (Ch. du c.)	
Pathologie interne	N....
Id. RAUZIER (Ch. du c.)	

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Clinique annexe des maladies des enfants. MM.	BAUMEL, agrégé.
Accouchements	GERBAUD, agrégé.
Clinique ann. des mal. syphil. et cutanées.....	BROUSSE, agrégé.
Clinique annexe des maladies des vieillards.	SARDA, agrégé.
Pathologie externe.....	ESTOR, agrégé.
Histologie.....	DUCAMP, agrégé.

AGRÉGÉS EN EXERCICE :

MM. SERRE	MM. SARDA	MM. RAUZIER
BAUMEL	ESTOR	LAPEYRE
GERBAUD	HEDON	MOITESSIER
GILIS	LECERCLE	
BROUSSE	DUCAMP	

MM. H. GOT, *secrétaire*.
F.-J. BLAISE, *secrétaire honoraire*.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE :

MM. TÊDENAT, <i>président</i> .	MM. SERRE, agrégé.
PAULET, professeur.	LAPEYRE, agrégé.

La Faculté de médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur ; qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation.

A LA MÉMOIRE
DE MON PÈRE ET DE MA MÈRE

Humble hommage d'une bien méritée piété filiale.

A MA CHÈRE ET TENDRE ÉPOUSE

A MON FRÈRE, A MA SŒUR

A MA TANTE ANTOINETTE ROLLAND

A MON COUSIN L'ABBÉ ROLLAND

Vicaire à St-Urcize (Cantal).

A MA TANTE ÉMILIE LAGARDE

A BRIGUEIL (Charente)

A MES DEUX FAMILLES

A L'ABBÉ SOULIER

Curé de Lavastrie (Cantal)

A TOUS MES AMIS

ANTOINE ROLLAND.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE DOCTEUR TÉDENAT

PROFESSEUR DE CLINIQUE CHIRURGICALE

A MONSIEUR LE DOCTEUR DUBRUEIL

PROFESSEUR DE CLINIQUE CHIRURGICALE

A MESSIEURS LES PROFESSEURS

CARRIEU, FORGUE, PAULET

A MESSIEURS LES PROFESSEURS AGRÉGÉS

**DUCAMP, ESTOR, LAPEYRE, SERRE.
RAUZIER, BROUSSE, BAUMEL**

Faible hommage de ma reconnaissance.

A TOUS MES MAÎTRES

A. ROLLAND.

INTRODUCTION

Dans le langage courant, on réunit encore sous le nom de grenouillette toutes les tumeurs liquides ou semi-liquides du plancher buccal.

Ce terme générique englobe dans sa signification une foule d'affections absolument différentes aux points de vue de la nature anatomique, de la pathogénie, des caractères cliniques, des indications et des moyens thérapeutiques. Ainsi, on décrit la grenouillette ordinaire par oblitération des canaux de Warthon, la grenouillette par hydropisie aiguë ou chronique de la bourse séreuse de Fleischmann, la grenouillette sanguine de Dolbeau, qui n'est autre chose qu'une tumeur érectile, analogue aux *noevi cervico-faciaux*, enfin les grenouillettes dermoïdes et mucoïdes.

On comprend qu'au temps encore peu éloigné de nous, où l'on ne savait guère à quoi s'en tenir sur le point de départ et la nature de ces diverses tumeurs, les auteurs voulussent cacher leur ignorance en les réunissant sous une dénomination unique. Mais, actuellement, il n'est plus permis de ne pas donner à chacune d'elles le nom qui lui est propre. On peut, si l'on veut, conserver le mot de *grenouillette* pour désigner les dilatations des glandes salivaires; mais on doit le réserver à cette seule classe d'affections.

Ce n'est pas seulement pour une question de mots que nous insistons sur ce point. C'est surtout parce que la confusion dans les mots n'entraîne que trop souvent la confusion dans les idées. Ainsi, nous n'avons pu relever dans la littérature chirurgicale qu'une cinquantaine d'observations de kystes dermoïdes du plancher buccal. N'y a-t-il pas lieu de penser que des tumeurs de ce genre ont été souvent méconnues et traitées comme des grenouillettes salivaires ?

Depuis quelques années, on tend à apporter plus de soin qu'on ne le faisait auparavant à l'étude des affections considérées comme rares, et on s'aperçoit que certaines d'entre elles se rencontrent plus fréquemment qu'on ne croyait. En outre, les auteurs rétrécissent de plus en plus le champ de leurs études, afin de le mieux défricher.

C'est pour obéir à cette vieille tendance que nous avons choisi pour notre thèse inaugurale un sujet encore peu étudié, et que, dans la grande classe des tumeurs du plancher buccal, nous nous en sommes tenu aux kystes dermoïdes, laissant même de côté les kystes mucoïdes, qui se rapprochent néanmoins des précédents par de nombreuses analogies.

Nous avons réuni dans notre thèse tous les faits connus jusqu'à ce jour, et nous y avons ajouté nous-même une observation personnelle. Certes, nous n'avons pas la prétention de tirer, de ce fait unique, une foule de conclusions absolument nouvelles et révolutionnant tout ce qu'on sait jusqu'à aujourd'hui sur l'affection qui nous occupe. Nous avons voulu seulement tenir cette question au courant de la science, ramasser les matériaux nouveaux apportés par les publications récentes, encore épars dans la bibliographie chirurgicale, et,

avec eux, contrôler ou corriger les observations de nos devanciers.

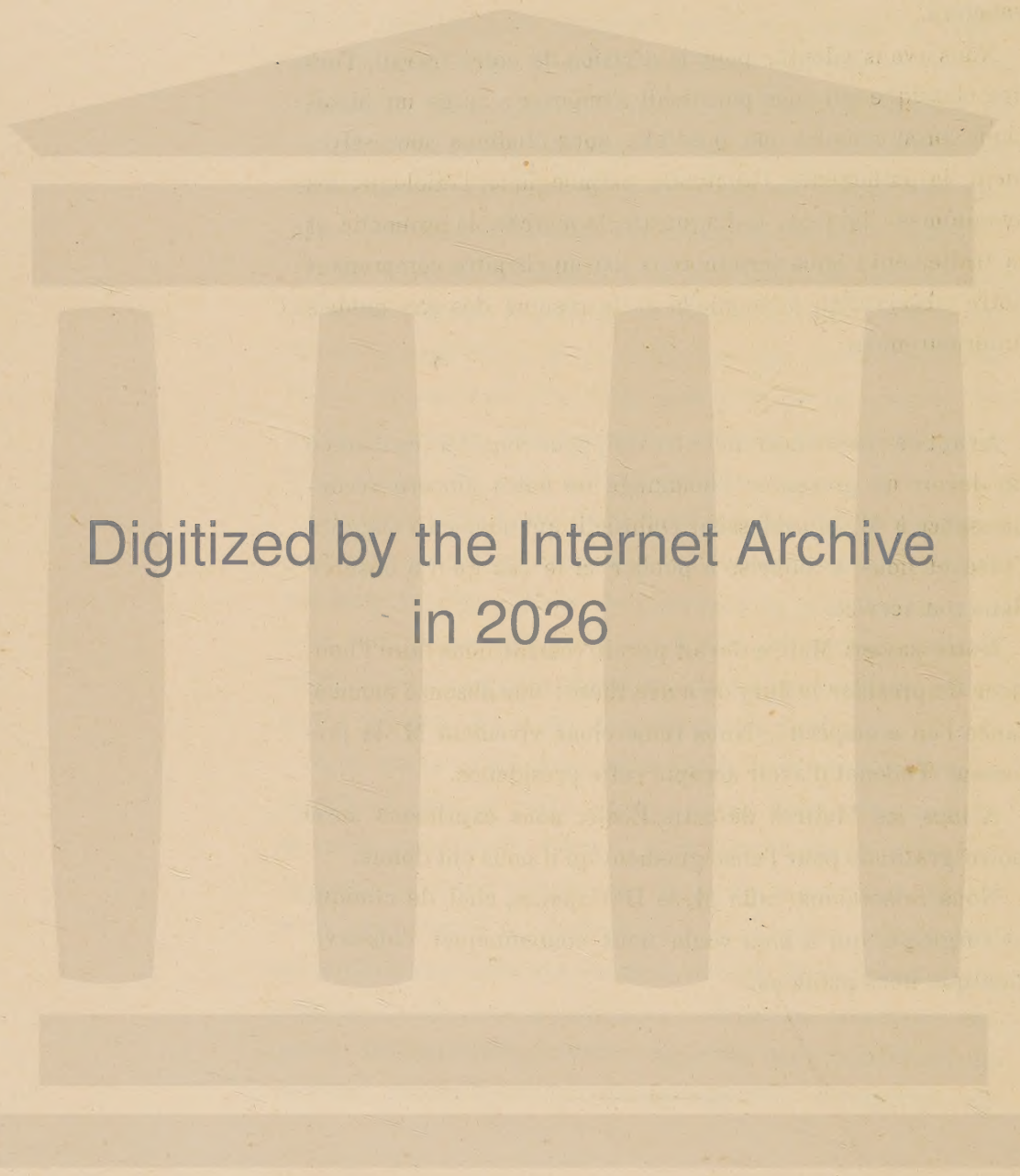
Nous avons adopté, pour la division de notre travail, l'ordre classique qui nous paraissait s'imposer : après un historique aussi complet que possible, nous étudions successivement la pathogénie, l'anatomie pathologique, l'étiologie, les symptômes cliniques, le diagnostic, la marche, le pronostic et le traitement ; nous terminerons par un chapitre comprenant notre observation personnelle et le résumé des cas publiés antérieurement.

Avant de commencer notre travail, nous considérons comme un devoir de présenter l'hommage de notre sincère reconnaissance à M. le professeur Dubrueil, qui nous en a suggéré l'idée et nous a autorisé à publier ici le cas qu'il a observé dans son service.

Notre savant Maître devait primitivement nous faire l'honneur de présider le Jury de notre thèse ; une absence momentanée l'en a empêché. Nous remercions vivement M. le professeur Tédénat d'avoir accepté cette présidence.

A tous les Maîtres de cette École, nous exprimons aussi notre gratitude pour l'enseignement qu'il nous ont donné.

Nous remercions enfin M. le Dr Capman, chef de clinique chirurgicale, qui a bien voulu nous communiquer l'observation que nous publions.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41555217_0120

DES

KYSTES DERMOÏDES

MÉDIANS

DU PLANCHER BUCCAL

CHAPITRE PREMIER

HISTORIQUE

L'histoire des kystes dermoïdes sublinguaux ne commence qu'à une date relativement récente. On trouve cependant quelques faits relatés sans interprétation, ou avec une interprétation grossière, dans les écrits de Celse (1) et de Fabrice d'Aquapendente (2). Les anciens désignaient ces kystes sous les noms de mélicéris, d'athérome, de stéatome.

Le premier, connu avec quelques détails, a été consigné par Warmont (3), dans sa thèse ; il appartient à Pierre de Marchettis (4) qui, en 1670, enleva à un Révérend Père Théatin une tumeur de ce genre.

(1) Celse, *Opera*.

(2) Fabrice d'Aquapendente, *Observ. med. cent.*, I.

(3) Warmont, traduction, thèse de Paris, 1858.

(4) Pierre de Marchettis, *Recueil d'observ. de méd. et de chir.*, 1670.

En 1775, Gérard (1), dans son *Traité de lupiologie*, essaya de distinguer les loupes sublinguales de la grenouillette commune. Trois ans plus tard, Jourdain (2) décrit des kystes sublinguaux à contenu mélicérique, et conseilla de les attaquer par l'instrument tranchant et le cautère actuel.

Benjamin Bell (3), Heister (4), Loder (5), publièrent quelques faits isolés. Le premier travail d'ensemble fut fait en 1845, par Bertherand (6), qui rapporte dans sa thèse inaugurale de nouvelles observations de Sicherer (7), de Syme (8), de Rigaud (9) (de Strasbourg).

Lebert (10), en 1854, présente à la Société de biologie un excellent mémoire.

Un peu plus tard, en 1858, paraît la thèse de Perroult (11), qui rapporte deux nouvelles observations, recueillies dans le service de Linhart (12), de Wurtzbourg, publiées d'abord dans l'*Æsterreichische Zeitung*, et reproduites par la *Gazette hebdomadaire*.

On trouve, dans le *Compendium de chirurgie*, un article spécial sur les kystes dermoïdes du plancher de la bouche, avec la relation d'un fait observé par Denonvilliers (13).

(1) Gérard, *Traité de lupiologie*, 1775.

(2) Jourdain, *Traité des tumeurs*, 1778.

(3) Benjamin Bell, *Traité des maladies chirurgicales*, 1796, traduction de Bosquillon, t. IV, p. 193.

(4) Heister, *Heisterii opera chirurgica*, section II, caput 89.

(5) Loder, *Journal de chirurgie*, t. III.

(6) Bertherand, Thèse de Strasbourg, 1845.

(7) Sicherer, *Rapport sur l'hôpital d'Heilbronn*, 1837-1838.

(8) Syme, Thèse de Bertherand, 1845.

(9) Rigaud, Thèse de Bertherand, 1845.

(10) Lebert, *Mémoire de la Société de biologie*, 1854.

(11) Perroult, Thèse de Paris, 1858.

(12) Linhart, *Gaz. hebdom.*, 1857, p. 134, et 1858, p. 502, *Extrait de l'Æsterreich. Zeitung*, 1857, n° 3, et 1858, n° 14.

(13) Denonvilliers, *Compendium*, t. III, art. des *Kystes dermoïdes du plancher buccal*.

Ed. Cruveilhier (1), en 1862, communique un nouveau cas à la Société anatomique, et Landetta (2), en 1863, étudie longuement ces tumeurs dans sa thèse.

En 1865, de Montfumat (3), interne de Gallard, présente, à la Société anatomique, une nouvelle observation avec pièces à l'appui.

Paquet (4), en 1867, dans les *Archives générales de médecine*, en publie un autre, recueilli par lui, dans le service de Denonvilliers. Bryant (5), en 1870, apporte deux autres faits.

De 1867 à 1874, nous ne trouvons qu'une observation à signaler : c'est le cas opéré par Verneuil (6) à l'hôpital Lariboisière, en 1872, et communiqué par lui à la Société anatomique.

Padiou (7), en 1874, Neumann (8), en 1877, Gueterbock (9), en 1878, augmentèrent cette liste, chacun d'un nouveau fait.

Cusset (10), en 1877, étudie avec soin, dans sa thèse, les fentes branchiales, leur évolution, et la pathogénie des kystes dermoïdes.

Vinrent ensuite une leçon clinique, prononcée, le 10 décembre 1878, par Richet (11), qui insista surtout sur les difficultés du diagnostic; une description de Duplay (12), dans

(1) Cruveilhier, *Bull. de la Soc. anatom.*, 1862, 2^e série, t. VIII, p. 43.

(2) Landetta, Thèse de Paris, 1863, p. 45 et 47.

(3) De Montfumat et Gallard, *Bull. de la Soc. anat.*, 1865.

(4) Paquet, *Arch. génér. de méd.*, vol. II, 1867.

(5) Bryant, *Clinical Surgery*, 1870, p. 170.

(6) Verneuil, *Bull. de la Soc. anat.*, 1872, p. 110.

(7) Padiou, *France médicale*, 1874.

(8) Neumann, *Archiv. f. klin. Chir.*, 1877.

(9) Gueterbock, *Long. Arch. f. klin. Chir.*, 1878.

(10) Cusset, Thèse de Paris, 1877.

(11) Richet, *Leçons cliniques*, 1878.

(12) Duplay, *Traité de pathologie externe*, t. V.

son *Traité de pathologie externe*, et l'article GRENOUILLETTE de Desprès (1), dans le *Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques*.

Puis paraissent, en 1879, la thèse de Barbès (2); en 1881, les observations de Gruber (3), de Meunier (4), d'Hofmohl (5), le mémoire que Combalat (6) présente à la Société de chirurgie; les communications de faits à la même Société, par Th. Auger, Duplay, Nicaise (7); les thèses de Gehé (8) (de Paris) (1882) et de Pillon (9), à Nancy (1883); les cas de Bartker (10), de Dardignac (11), de Gerster (12). Dans la même année 1883 paraît, dans les *Archives de médecine*, l'excellent mémoire d'Ozenne, qui cite une leçon clinique inédite de Gosselin (13), et fait de la question une étude très complète, basée sur vingt et une observations.

En 1885, Wright (14), en 1886, S. Paget (15), Hadden (16), Fawel (17) et A. Jackson (18), apportent de nouveaux faits. Gérard-Marchant (19) présente à la Société anatomique une

- (1) Desprès, *Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques*, t. XVI.
- (2) Barbès, Thèse de Paris, 1879, n° 203.
- (3) Gruber, *Arch. f. path. Anat.*, 1880, p. 442.
- (4) Meunier, *Bull. de la Soc. anat.*, 1881, p. 122.
- (5) Hofmohl, in *Wiener medizinische Presse*, 1881, p. 762.
- (6) Combalat, *Bull. et Mémoires de la Soc. de chir.*, 1881, t. VII, p. 504.
- (7) Nicaise, *Bull. et Mém. de la Soc. de chir.*, 1881, t. VII, p. 498.
- (8) Gehé, Thèse de Paris, 1882.
- (9) Pillon, Thèse de Nancy, 1883.
- (10) Bartker, *Trans. of the clin. soc. of London*, 1883, p. 215.
- (11) Dardignac, *Soc. de chirurgie*, 1883, p. 710.
- (12) Gerster, *New-York. med. Journ.*, 1883, p. 578.
- (13) Gosselin, in Ozenne (*Arch. génér. de méd.*, 1883, p. 281).
- (14) Wright, *The medical Record*, 1885, p. 537.
- (15) Paget, *Trans. of the pathol. Soc. of London*, 1886.
- (16) Hadden, *Ibidem*.
- (17) Fawel, *The Lancet*, 1885, p. 843.
- (18) Jackson, *Ibidem*.
- (19) Gérard-Marchant, *Bull. de la Soc. anatomique*, 1886, 4^e série, t. XV, p. 653.

très bonne monographie, appuyée sur trente observations, dont deux nouvelles, l'une appartenant à Reclus (1), se préoccupant surtout des adhérences de la tumeur au squelette et de leurs conséquences au point de vue opératoire ; il propose de diviser les tumeurs dermoïdes du plancher buccal en kystes adgénieniens ou fixés aux apophyses géni, et en kystes adhyoïdiens ou fixés à l'os hyoïde.

L'année suivante (1887), paraît dans la *Gazette hebdomadaire* une observation de Ferron (2) et une leçon clinique de Reclus (3). Ce dernier auteur approuve la classification de Gérard-Marchant (4), mais se sépare de lui lorsqu'il parle d'établir, avant l'opération et par la palpation attentive, le point d'insertion du kyste ; comme lui, il insiste sur la nécessité de l'extirpation complète et en règle le manuel opératoire, en se prononçant catégoriquement en faveur de la voie sus-hyoïdienne.

J. Bl. Sutton (5), la même année, Guinard (6), Lédiard (7), Tillaux (8), en 1888, publient chacun un nouveau cas.

Lannelongue et Achard (9), dans leur traité des kystes congénitaux (1886), Lannelongue et Ménard (10), dans leur traité des affections congénitales (1891), rassemblent encore tous les faits connus et en font une étude très complète, surtout au point de vue pathogénique.

Le 7 janvier 1891, à propos du rapport de Delens, sur un

(1) Reclus, *Gaz. hebdom.*, 1887, n° 5, p. 75.

(2) Ferron, *Ibidem.*

(3) Reclus, *Ibidem.*

(4) Gérard-Marchant, *Bull. de la Soc. anatom.*, 1886, 4^e série, t. XV, p. 653.

(5) Sutton, *Trans. of the pathol. Soc. of London*, 1887, t. XXXVIII, p. 387.

(6) Guinard, *Bull. Soc. anat.*, 1888.

(7) Lédiard, *Path. Soc. of London*, 1888, p. 281.

(8) Tillaux, *Traité de chirurgie clinique*, vol. I.

(9) Lannelongue et Achard, *Traité des kystes congénitaux*.

(10) Lannelongue et Ménard, *Traité des affections congénitales*, 1891.

cas de Schmit (1), on discuta à la Société de chirurgie le traitement des tumeurs dermoïdes sublinguales, et la plupart des membres, à l'instigation de Gérard-Marchant (2), se prononcèrent pour l'extirpation par la voie sus-hyoïdienne.

En 1892, Caye (3) réunit dans sa thèse 45 observations, dont une personnelle, de kystes dermoïdes ou mucoïdes médians, et les étudie au point de vue clinique, laissant de côté leur pathogénie pour laquelle il croit inutile de répéter ce qu'en a dit Lannelongue.

Soit peu de temps auparavant, soit depuis cette thèse, de nouveaux faits sont venus s'ajouter à cette liste déjà longue. Ils appartiennent à Duplay (4), Gérard-Marchant, Bazy (5), Quénu (6), Monod (7), Routier (8). Nous les avons condensés avec soin.

Le 1^{er} juin 1892, à l'occasion de la communication du fait de Quénu, cet auteur ouvrit une discussion sur la voie à suivre, à laquelle prirent part avec lui Delorme et Marchant. Nous y reviendrons en temps et lieu.

Enfin, le dernier travail que nous avons à signaler est la thèse de L. Faure (9), sur les kystes congénitaux du plancher buccal. M. Faure s'est proposé de justifier une opinion bien souvent exprimée par le professeur Poncet (de Lyon), à savoir qu'un grand nombre de tumeurs liquides du plancher buccal, désignées sous le nom de grenouillettes, ne sont autre chose que des kystes congénitaux. C'est ainsi qu'il faudrait consi-

(1) Schmit, *Archives de méd. et chir. milit.*, 1891, p. 151.

(2) Gérard-Marchant, *Bull. de la Soc. de chir.*, 1891, p. 26.

(3) Caye, Thèse de Paris, 1892.

(4) Duplay, *Bull. méd.*, 1891, p. 493.

(5) Bazy, *Bull. Soc. chir.*, 1891, p. 28.

(6) Quénu, *Bull. de la Soc. de chir.*, 1892, p. 387.

(7) Monod, *Bull. de la Soc. de chir.*, 1892, p. 487.

(8) Routier, *Ibidem*, 1892, p. 171.

(9) L. Faure, Thèse de Lyon, 1893.

dérer la variété de tumeur décrite sous le nom de dilatation aiguë ou chronique de la bourse séreuse de Fleischmann ; cette bourse séreuse, d'après lui, n'existe pas. La grenouillette commune serait aussi tout simplement un kyste congénital de la variété mucoïde. Quand aux kystes dermoïdes, cet auteur ne nous apprend rien de nouveau, sauf à propos du traitement. Il conseille en effet d'appliquer dans la majorité des cas la pratique de Poncet, qui consiste dans l'incision avec râclage ou cautérisation de la poche, suivie d'un tamponnement méthodique à la gaze iodoformée, qui doit être renouvelé jusqu'à complète adhésion des parois du kyste. L'auteur n'apporte pas de nouvelle observation de kyste dermoïde proprement dit.

CHAPITRE II

PATHOGÉNIE

Diverses théories ont été émises pour expliquer la formation des kystes dermoïdes en général. Les principales sont celles de la diplogenèse, de la grossesse extra-utérine, de l'hétérotopie plastique, de l'enclavement, de l'invagination, de l'involution épithéliale, de la cellule nodale.

Chacune d'elles explique un certain nombre de faits, mais aucune ne peut donner la clef de tous. Nous estimons, pour notre part, qu'il n'est pas nécessaire de n'en admettre qu'une à l'exclusion des autres ; nous ne voyons pas pourquoi l'on ne réserverait pas à chacune d'elles le champ qui lui appartient en propre.

Aussi, persuadé qu'aucune de ces théories ne saurait à la fois s'appliquer à tous les kystes dermoïdes de toutes les régions du corps, nous contenterons-nous d'exposer seulement celles qui nous révèlent la pathogénie des tumeurs qui nous occupent.

Eh bien ! on admet actuellement que les kystes dermoïdes du plancher buccal résultent du développement plus ou moins tardif d'une portion de peau qui, pendant la vie utérine, a été emprisonnée au milieu des parties sous-jacentes. Comment cet emprisonnement peut-il se faire ? Deux théories l'expliquent : celle de Remak, ou de l'invagination, et celle de Verneuil, ou de l'enclavement.

Ces deux théories sont confondues par la plupart des auteurs; ce sont, néanmoins, des conceptions absolument différentes, et nous nous demandons pourquoi l'on s'acharne à une question de priorité qui n'a aucune raison d'intervenir en l'espèce.

Voici ce que Remak, préoccupé surtout d'expliquer la formation des épithéliomes, avait imaginé :

D'après lui, la peau, pendant la vie fœtale, s'invaginerait en un point, se plisserait comme le ferait un vêtement trop large; cette portion de peau, rentrant de plus en plus, finirait par ne plus tenir au tégument voisin que par un pédicule; ce pédicule se romprait à un moment donné et la poche invaginée se trouverait ainsi isolée au milieu des muscles; ces éléments cutanés, emprisonnés, sommeilleraient pendant un temps plus ou moins long, mais, tôt ou tard, se rappelant leurs fonctions primitives, se mettraient à proliférer et à sécréter comme leurs congénères.

Cette théorie est très ingénieuse, mais elle n'explique pas pourquoi les kystes dermoïdes affectent un siège de prédilection en certains points du corps bien déterminés, comme la queue du sourcil et les raphés médians de la face et du cou. Si la théorie de Remak était vraie, il n'y aurait pas de raison pour que ces tumeurs se développent plutôt en certaines régions qu'en d'autres, et on devrait en trouver partout. En outre, on ne voit pas clairement ce plissement de la peau s'effectuer en une région saillante comme le rebord orbitaire.

La théorie de Verneuil, au contraire, satisfait pleinement l'esprit. Mais il est nécessaire, pour la bien comprendre, de se rappeler quelques notions d'embryogénie.

La face et la région antéro-latérale du cou sont formées par quatre bourgeons latéraux pairs, qui, partis des côtés de la notocorde, viennent converger et se réunir avec les quatre bourgeons symétriques de l'autre moitié du corps. Ces bour-

geons, qu'on appelle les arcs branchiaux, sont séparés les uns des autres par des fentes transversales, dites fentes branchiales. Les quatre bourgeons d'un côté sont séparés des quatre symétriques par un sillon médian. La première fente branchiale correspond à l'orbite, et sépare le bourgeon frontal du bourgeon maxillaire.

La seconde fente branchiale correspond au bord inférieur de la mâchoire; la troisième, au bord inférieur de l'os hyoïde; la quatrième, à la membrane crico-thyroïdienne.

La seconde et la troisième fentes branchiales nous intéressent seules au point de vue qui nous occupe.

La seconde sépare le bourgeon maxillaire du bourgeon supérieur du cou. La partie inférieure de ce bourgeon maxillaire formera le maxillaire inférieur. Primitivement, à la place qu'occupera l'os maxillaire inférieur, se trouve le cartilage de Meckel. L'os véritable n'apparaîtra que plus tard, et, fait important à mettre en lumière, sur la face externe du cartilage de Meckel.

La troisième fente branchiale de chaque côté sépare le bourgeon supérieur du cou du bourgeon inférieur. Le bord supérieur de cette fente, c'est-à-dire la partie inférieure du premier bourgeon du cou, comprendra l'os hyoïde.

Les bourgeons sont évidemment recouverts par l'ectodérme, qui formera la peau.

Suivons maintenant ces bourgeons, marchant à la rencontre de ceux du côté opposé. Normalement, les deux bourgeons placés en regard se soudent complètement par leurs extrémités antérieures. Supposons qu'en un point de leur contact ils ne se soudent pas, soit par défaut d'accolement simple, soit par un écartement partiel des bords de la fente branchiale; il reste en ce point une sorte de godet cutané, un petit sac de peau. A mesure que les parties se développent, « ce petit sac de peau normale, anormalement emprisonné

dans les tissus », tendra à être éloigné du tégument externe, à s'enfoncer dans la profondeur. Le collet de sac, d'abord étiré, finira par se rompre, et la portion de peau enclavée sera isolée du revêtement cutané externe. Que ces éléments se mettent tôt ou tard à proliférer et à sécréter de la matière sébacée, un kyste dermoïde sera constitué.

Ce n'est pas tout, nous expliquons très bien par le mécanisme le siège et les connexions de la tumeur. En effet, suivant que le petit sac de peau enclavée sera plus ou moins profondément situé, il correspondra à une couche plus ou moins profonde de bourgeons. Or ces bourgeons forment tous les plans de la région depuis la peau jusqu'à la muqueuse. Donc, si le collet du sac ne dépasse pas le niveau de la face profonde de la peau, nous aurons un kyste sous-cutané. S'il atteint une plus grande profondeur, le kyste occupera l'interstice médian des muscles et sera encore libre au milieu des parties molles. Enfin, si le sac touche la face profonde de la muqueuse, il sera pincé comme entre les deux mors d'une tenaille par les deux moitiés de l'os, qui marchent l'une vers l'autre, et alors nous aurons, suivant le cas, un kyste adhérent au maxillaire ou un kyste adhérent à l'os hyoïde.

Une dernière explication à donner à propos du siège de cette implantation : Tous les auteurs qui ont opéré des kystes adhérents au maxillaire ont constaté que cette adhérence se faisait avec la face postérieure de cet os et non en avant de la symphyse. Pour expliquer ce fait, il suffit de se reporter à ce que nous avons fait, remarquer tout à l'heure sur le mode de formation du maxillaire inférieur. Cet os apparaît sur la face externe du cartilage de Meckel, qui se compose évidemment lui-même de deux moitiés symétriques siégeant dans l'un et l'autre des deux bourgeons latéraux qui vont se mettre en contact sur la ligne médiane. Le sac est donc pincé tout d'abord par les deux moitiés du cartilage de Meckel ; ne pouvant

se développer dans la suite vers la face externe de celui-ci, puisqu'elle est occupée par le maxillaire, il se développera vers la face interne du fer à cheval. C'est ainsi que le futur kyste dermoïde sera implanté, non pas en avant de la symphyse, mais en arrière d'elle, et c'est pour cela qu'il est essentiel, sous peine de récurrence, de ruginer fortement cette base d'implantation.

CHAPITRE III

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Les kystes dermoïdes du plancher buccal présentent en général une forme régulièrement arrondie ou ellipsoïdale. Leur volume varie avec leur degré de développement. Ordinairement les malades attendent, pour venir se faire opérer, que la tumeur ait acquis la grosseur d'un œuf de poule ou même d'une orange. Elle proémine alors, le plus souvent, à la fois sous la muqueuse buccale et sous la région sus-hyoïdienne. Quelquefois elle ne soulève pas seulement la langue, mais elle pénètre dans son épaisseur, en écartant les muscles qui ne forment plus qu'une minime coiffe autour d'elle ; mais ces faits de kystes très volumineux remplissant toute la cavité buccale ne s'observent que rarement.

Plusieurs auteurs se sont attachés à classer ces tumeurs suivant leurs rapports avec les divers plans qui composent le plancher buccal ou avec un des os qui en font la charpente.

Ainsi Barker distingue des kystes :

1° Unilatéraux, entre les muscles génio-glosses et mylo-hyoïdien de l'un ou de l'autre côté ;

2° Médiants, entre les deux muscles génio-glosses ;

3° Bilatéraux, entre le mylo-hyoïdien et les génio-glosses.

Comme le font observer avec juste raison Lannelongue et Ménard, « cette variété ne peut avoir une place distincte, attendu que, toutes les fois qu'un kyste du plancher de la

bouche aura pris un certain développement, il occuperané nécessairement les deux côtés.»

Streckeisen, uniquement préoccupé des rapports des kystes avec l'os hyoïde, les classe en :

1° Pré-hyoïdiens, plus superficiels que le muscle mylo-hyoïdien, sous-cutanés par conséquent ;

2° Supra-hyoïdiens, entre les génio-hyoïdiens ou dans leur substance ;

3° Epi-hyoïdiens, entre les génio-glosses, au-dessus des muscles génio-hyoïdiens ;

4° Intra-hyoïdiens, dans la concavité de l'os hyoïde.

Mais cette classification de Streckeisen a le tort de tout rapporter à l'os hyoïde. Où classerait-on les kystes adhérents au maxillaire inférieur et les kystes éloignés de l'os hyoïde comme ceux qui pénètrent dans l'épaisseur de la langue ?

Gérard-Marchant, ne tenant compte que des adhérences osseuses, divise les kystes en adgénéiens et adhyoïdiens, mais cette classification semble indiquer que tous les kystes dermoïdes du plancher buccal adhérent, soit à l'un, soit à l'autre des deux os. Or, si nous étudions à ce point de vue les 51 observations que nous avons colligées, nous arrivons aux résultats suivants : dans 10 cas, le kyste adhérait à l'os hyoïde ; dans 8 cas, il s'attachait au maxillaire ; dans 17 cas, il était libre de toute adhérence osseuse ; dans 16 cas, on ne s'est pas préoccupé de cette adhérence, ou n'a-t-on pas pu la vérifier. La classification de Gérard-Marchant n'englobe donc que 18 cas sur 51, et c'est pour cela que nous la rejetons.

La seule classification, véritablement rationnelle, devrait, s'appuyant sur la pathogénie, ne tenir compte que du lieu d'origine des kystes, et réunir ensemble tous les kystes sous-cutanés, tous les kystes placés sous l'aponévrose superficielle, etc., en faisant une classe spéciale pour chaque plan de tissus

ou chaque loge aponévrotique, depuis la peau de la région sus-hyoïdienne jusqu'à la muqueuse sublinguale ou linguale. Un type du premier groupe serait le cas observé par Bazy, d'un kyste sous-cutané; un type du dernier groupe serait celui observé par Hadden, d'un kyste soulevant la muqueuse de la langue en arrière des papilles caliciformes, et n'occupant que le plan sous-muqueux.

Mais cette classification ne saurait présenter qu'un intérêt purement théorique. Pratiquement, en effet, il est le plus souvent impossible de reconnaître le siège primitif du germe kystique. Car, au moment où l'on opère, ces kystes ont déjà atteint un développement tel, qu'ils ont franchi les limites de la loge qu'ils occupaient au début, et ont séparé les couches sus et sous-jacentes pour s'étendre vers la bouche et vers la peau.

C'est ce qui explique l'étranglement de la tumeur par la sangle musculaire des génio-glosses, qu'on trouve noté dans un grand nombre d'observations; le kyste développé par exemple au début, en arrière du plan musculaire, sépare en grossissant ces deux bandes musculaires, et vient encore se développer au devant d'elle, vers la peau. Le chirurgien doit connaître la fréquence de cette disposition en bissac, pour ne pas trop se hâter de croire qu'il a affaire purement et simplement à un kyste sous-cutané.

Le cas que nous venons de signaler est d'ailleurs le plus fréquent; les kystes du plancher buccal partent ordinairement du milieu des masses musculaires.

Au point de vue de leur structure même, les kystes dermoïdes offrent à étudier leur paroi et leur contenu.

La paroi est constituée par une membrane résistante, dont l'épaisseur moyenne est de 1 à 2 millimètres. Sa face externe est, en général, unie aux tissus voisins, par des tractus celluloux peu résistants. Dans les cas d'adhérences osseuses,

au contraire, le pédicule d'implantation oppose une résistance considérable, même s'il est canaliculé comme chez le malade de Nicaise.

La face interne de la paroi du kyste est généralement unie et lisse ; mais elle présente parfois un aspect gaufré, dû à la présence des follicules pileux des orifices des glandes sébacées, et, plus rarement, une apparence velvétique tenant à la desquamation épidermique.

L'examen microscopique démontre la nature certaine de la tumeur. Malheureusement, on ne l'a que rarement pratiqué, ou du moins exposé en détail. Nous nous appuierons surtout sur les descriptions d'Ozenne et de Lannelongue, et sur l'examen qu'a fait M. le professeur Kiener de la tumeur enlevée chez notre malade.

On reconnaît trois couches : la première, en allant de dehors en dedans, est constituée par un derme présentant sa structure normale ; stroma fibro-conjonctif, mêlé de fibres musculaires lisses et de vaisseaux sanguins plus ou moins abondants ; çà et là, on peut voir des follicules pileux et des glandes sébacées, indépendantes des follicules ou annexées à eux ; on n'a jamais observé de glandes sudoripares.

La seconde couche est formée par un corps papillaire ordinairement très rudimentaire et constituée par des cellules polygonales.

Enfin, la couche la plus interne n'est autre chose que de l'épiderme, c'est-à-dire un tissu pavimenteux stratifié, dont les cellules les plus internes forment une couche cornée d'épaisseur variable, qui se desquame et devient, par suite, assez difficile à distinguer nettement du contenu de la tumeur.

Le contenu lui-même est de la matière sébacée provenant de cette desquamation. C'est ordinairement une purée blanchâtre ou jaunâtre, plus ou moins consistante, ressemblant d'habitude à de la châtaigne bouillie, ou à du mastic de vitrier ;

on y a trouvé quelquefois mêlés des grumeaux comparables à des grains de riz cuits, rarement des poils, jamais des dents.

Au microscope, on voit que le contenu de ces kystes se compose de débris des cellules épidermiques desquamées, de graisses et de cristaux de cholestérine.

Quelques auteurs, entre autres Poncet (du Val-de-Grâce) et Verneuil et Clado, se sont demandé si l'accroissement brusque et rapide de ces tumeurs ne serait pas le fait d'une ou plusieurs espèces microbiennes. Ces recherches n'ont abouti qu'à des résultats douteux ou négatifs; il nous paraît certain que les microorganismes trouvés dans quelques cas ne provenaient pas du kyste lui-même, mais qu'ils avaient été introduits dans les milieux de culture par mégarde, et à la faveur d'un vice de technique bactériologique.

Nous ne parlons des kystes enflammés ou fistulisés; dans ces cas-là, il ne faut pas s'étonner de ce qu'on ait trouvé des microorganismes, des staphylocoques en particulier. Pour conclure à ce sujet, nous ne saurions mieux faire que de reproduire la phrase suivante de Lannelongue: « Les kystes dermoïdes, tant que leurs parois ont conservé les caractères de tissus normaux, et que leur cavité n'a pas été mise en communication avec l'extérieur, ne renferment pas de microbes, ou du moins ne renferment pas de microorganismes cultivables dans les milieux actuellement employés ordinairement en bactériologie. »

CHAPITRE IV

ÉTIOLOGIE

La théorie de l'enclavement explique bien comment les kystes dermoïdes peuvent se développer dans l'épaisseur du plancher buccal. Mais comme toujours, en matière de tumeurs, nous sommes obligés d'avouer notre ignorance sur le pourquoi de ce développement.

L'âge des malades ne saurait nous fournir la solution de ce problème. Nous savons en effet que ces tumeurs peuvent apparaître à toutes les époques de la vie ; on en constate à la naissance, on en observe chez des vieillards. Comme l'a très bien exposé Lannelongue : « Ces débuts tardifs ne doivent pas étonner ; l'expression de congénital, appliquée au mot kyste, n'implique pas qu'il existe au moment même de la naissance ; elle indique seulement que son existence se rattache à un trouble de développement, lequel peut ne se révéler qu'à un âge fort avancé. » Quoi qu'il en soit, nous avons cru bien faire de relever, dans nos 51 observations, l'âge des malades, non pas au début de leur affection, mais au moment où ils sont venus se mettre entre les mains des chirurgiens. Voici ce relevé statistique par périodes de cinq années :

De la naissance à 5 ans	4 cas
De 5 à 10 ans	4 —
De 10 à 15 ans	2 —

De 15 à 20 ans	11 cas
De 20 à 25 ans	16 —
De 25 à 30 ans	8 —
De 30 à 35 ans	3 —
Au delà de 50 ans	2 —
Age non mentionné.	1 —

On voit, d'après ce tableau, que ces tumeurs s'observent le plus souvent dans la jeunesse, entre quinze et trente ans, et surtout aux environs de la vingtième année. Faudrait-il faire intervenir la puberté, sinon comme cause efficiente, du moins comme cause adjuvante, incitatrice de leur développement ?

Au point de vue du sexe, nous arrivons, par une statistique analogue, aux résultats suivants : parmi les 51 observations que nous avons colligées, 30 ont été observées dans le sexe masculin, 19 dans le sexe féminin, et dans 2 cas le sexe ne se trouve pas indiqué. En chiffres ronds, deux tiers des cas se rapportent à des hommes, l'autre tiers à des femmes.

Ni l'hérédité, ni le traumatisme, ne paraissent devoir être incriminés comme causes du développement de ces tumeurs.

CHAPITRE V

SYMPTOMATOLOGIE

Les kystes dermoïdes du plancher buccal ne sont ordinairement reconnus que lorsqu'ils ont acquis un certain volume.

Chez l'enfant, ce sont surtout les troubles fonctionnels qui attirent l'attention : nous trouvons, en effet, souvent notée une gêne plus ou moins considérable de la succion. Quand ces troubles de l'allaitement n'existent pas, il arrive souvent que le porteur du kyste ne s'aperçoit de sa présence et ne vient se confier au chirurgien que lorsque la tumeur présente déjà d'assez fortes dimensions.

Nous savons, d'ailleurs, qu'il n'est pas absolument nécessaire que ces kystes apparaissent dès la naissance : ce n'est même pas le cas le plus fréquent.

Pour mettre de l'ordre dans cette étude, nous la diviserons en deux parties : la première, comprenant les signes physiques ; la seconde, les troubles fonctionnels.

Dans les conditions ordinaires de l'observation, on constate, à première vue, que le malade a le menton développé, un double menton. Si on lui fait ouvrir la bouche, on voit une saillie plus ou moins prononcée sur la ligne médiane. Lorsqu'il la ferme, le relief sus-hyoïdien s'accroît davantage, surtout si le kyste est volumineux. Quelquefois la tumeur tend à ne se développer que d'un seul côté, vers la peau ou vers

la muqueuse. Nous verrons tout à l'heure les conséquences de la direction de ce développement. Elle occupe ordinairement la ligne médiane, et alors le frein de la langue, plus ou moins tendu, la partage en deux parties symétriques. Mais cette règle n'est pas absolue; il arrive souvent, surtout au début, que la tumeur ne soulève primitivement qu'un côté du plancher buccal. Notre malade, en particulier, nous affirme avoir très bien observé ce fait. Mais, dans ces cas exceptionnels même, la tumeur en grossissant se porte vers la ligne médiane, où elle occupe une étendue plus ou moins considérable du fer à cheval formé par le maxillaire. La déformation peut ne pas porter seulement sur les parties molles; on a observé parfois, dans les cas de tumeurs très volumineuses, des déformations notables du squelette du maxillaire, du rebord alvéolaire et des dents.

Il est bon, au point de vue du diagnostic, surtout avec la grenouillette commune, d'examiner attentivement la couleur de la muqueuse buccale qui recouvre la tumeur. Lorsqu'il existe un kyste dermoïde sous-jacent, elle est presque toujours opaque, quelquefois rosée, sillonnée par une ou plusieurs veines plus ou moins volumineuses, plus rarement lisse, unie et laissant apercevoir une coloration blanchâtre ou jaunâtre due à la présence de la matière sébacée dans la poche kystique. Au contraire, lorsqu'il s'agit d'une simple grenouillêtte, la muqueuse sublinguale est transparente et présente une teinte bleuâtre caractéristique. Du côté de la peau, on n'observe aucun changement de coloration, sauf dans les cas d'inflammation du kyste. L'examen de la muqueuse sublinguale doit porter aussi sur la perméabilité des canaux de Warthon. Si on place sur les orifices de ces conduits un grain de sel ou une goutte d'acide, on voit sourdre immédiatement la salive épaisse et visqueuse.

A la palpation, on constate l'existence d'une tumeur ordinairement

rement arrondie ou ovoïde, à limites nettement circonscrites, sans bosselures. Cette exploration présente quelquefois certaines difficultés à cause de la tonicité des muscles avoisinants. Si on place un doigt sous la langue et un autre dans la région sus-hyoïdienne, on peut percevoir le degré de fermeté de la tumeur, qui est très variable ; en compulsant les observations, on trouve les épithètes les plus diverses : dure, molle, tendue, ferme, élastique, rénitente, pâteuse, fluctuante. On aurait, dans quelques cas, cherché et trouvé une signe caractéristique consistant en ce que la pression du doigt laisse une empreinte sur la tumeur. Ce moyen de diagnostic aurait une grande valeur, s'il n'était infidèle ; on conçoit, en effet, que cette mollesse ne peut qu'être subordonnée au degré de réplétion de la poche kystique et à l'épaisseur de la paroi. Il faut d'ailleurs posséder une grande délicatesse du toucher pour percevoir nettement cette sensation de godet à travers les parties molles péri-kystiques.

Nous sommes aussi sceptique sur la fausse fluctuation, que quelques auteurs ont sentie ou cru sentir. D'ailleurs ce caractère n'appartient pas spécialement aux kystes dermoïdes : on sait que les lipomes le possèdent au plus haut degré.

La peau et la muqueuse sont en général complètement indépendantes de la tumeur ; on peut aisément les faire glisser sur elle, sauf dans les cas où elle présente de l'inflammation surajoutée.

On sait que les kystes dermoïdes, en général, adhèrent assez souvent au squelette par des tractus fibreux plus ou moins longuement pédiculés : c'est ce qu'on observe, par exemple, à la queue du sourcil. Au plancher buccal, comme ailleurs, l'adhérence se rencontre fréquemment, et elle se fait, soit avec l'os hyoïde, soit avec le maxillaire. Il ne faudrait pas, néanmoins, ériger ce fait en règle générale, car cette règle souffrirait de nombreuses exceptions, à commencer par

le cas de notre malade. Nous ne pouvons donc pas admettre la classification de Gérard-Marchant, qui englobe tous les kystes dans l'une ou l'autre des catégories de kystes adgénien ou adhyoïdiens : on a, en effet, souvent observé des kystes libres de toute attache avec le squelette. Suivant, en cela, l'exemple de Reclus, nous nous séparons aussi de Gérard-Marchant, lorsqu'il parle d'établir, avant l'opération et par la palpation attentive, le point d'insertion du kyste. Dans un cas qu'il a publié, il a qualifié la tumeur d'adhyoïdienne, parce que, lors des mouvements de déglutition, os hyoïde et kyste étaient soulevés en même temps, et la dissection a justifié son diagnostic. Pur effet du hasard, car, dans notre observation de kyste adgénien, la tumeur adhérente au maxillaire se mouvait cependant avec l'os hyoïde. Et comment en serait-il autrement ? Le kyste repose sur la sangle mylohyoïdienne et sur les muscles génio-hyoïdiens qui attirent, en haut et en avant à la fois, l'os hyoïde et le kyste, que celui-ci soit adgénien ou adhyoïdien. (*Gazette hebdomadaire*, 1887, 2^e série, t. XXIV, p. 78).

La gravité des troubles fonctionnels dépend du volume de la tumeur, ou plus exactement de sa proéminence dans la cavité buccale. Lorsqu'elle a atteint des dimensions assez fortes, elle soulève et renverse la langue en haut et en arrière, si bien que le malade ne peut parvenir à tirer la langue ; le plancher buccal vient affleurer l'arcade dentaire inférieure, et, dans les cas extrêmes, la tumeur peut remplir toute la bouche et arriver à écarter les mâchoires. Même dans les cas moyens, un interrogatoire et un examen minutieux décèlent des troubles plus ou moins accusés de la mastication, de l'insalivation des aliments, de la déglutition.

Chez les enfants, la succion est souvent gênée par la présence d'un kyste, même de très petit volume ; chez l'adulte, la mastication ne devient guère difficile que lorsque la tumeur est très volumineuse.

Il n'en est pas de même de l'insalivation des aliments. En effet, le plancher buccal se trouvant soulevé au niveau des lèvres, les malades bavent dès qu'ils ouvrent la bouche, et même sans l'ouvrir. Et, la cavité buccale étant diminuée, les aliments sont moins facilement mélangés à la salive.

On comprend aussi aisément que le changement des rapports de la langue, repoussée en haut et en arrière, entraîne des troubles plus ou moins graves de la déglutition.

Le même refoulement de la langue peut avoir encore des conséquences sérieuses au point de vue des fonctions de la respiration : l'amplitude des mouvements de l'épiglotte étant diminuée par la chute de la langue sur cet organe, l'ouverture du larynx se trouve rétrécie, et l'air passe plus facilement, d'où gêne de la respiration et de la phonation. C'est uniquement en entendant parler son malade que Desprès, consulté par lui pour une affection étrangère, put lui annoncer qu'il avait un dermoïde dans son plancher buccal. A ce propos, nous devons signaler deux des plus grands dangers qui puissent résulter de l'inflammation du kyste : ce sont le spasme de la glotte, par excitation réflexe du récurrent, et l'œdème du même organe, par propagation de l'infiltration phlegmasique aux replis aryténo-épiglottiques et au larynx inférieur.

Sauf les cas d'inflammation, les kystes dermoïdes du plancher buccal ne donnent jamais lieu à des douleurs spontanées ou provoquées par la pression.

Enfin, il est un moyen d'exploration qu'on ne devra pas négliger, surtout dans les cas où le diagnostic est rendu difficile, soit par l'insuffisance des signes physiques, soit par la bénignité des troubles fonctionnels : c'est la ponction exploratrice faite avec la seringue de Pravaz ou avec un trocart de petit calibre. Le plus souvent il ne s'écoule pas de liquide ; mais la canule emporte toujours avec elle une parcelle de matière sébacée dont on peut vérifier la nature à l'œil et au microscope.

CHAPITRE VI

DIAGNOSTIC

Les kystes dermoïdes du plancher buccal ont été souvent méconnus, si on en juge par le nombre relativement minime des observations publiées. Même dans les faits que nous rapportons, plus d'une fois le diagnostic n'a été établi que par la ponction exploratrice ou même qu'après l'extirpation de la poche kystique. La cause la plus fréquente de ces erreurs cliniques réside, soit dans l'inattention du chirurgien, qui ne songe pas à des tumeurs qu'il observe rarement, soit plutôt aux difficultés inhérentes au diagnostic lui-même.

Cependant, si l'on a affaire à une tumeur apparue à la naissance ou dans les premières années de la vie, s'étant développée lentement sans réaction inflammatoire, exactement médiane, donnant aux doigts explorateurs une sensation de mollesse analogue à celle de mastic de vitrier, conservant l'empreinte du doigt, mobile sous la peau et la muqueuse qui présente une opacité complète et une coloration blanchâtre ou jaunâtre, si en même temps les canaux de Warthon sont restés perméables, il ne faut pas hésiter à affirmer le diagnostic de kyste dermoïde et la ponction serait superflue.

Mais les choses ne se passent pas toujours avec cette simplicité. Le plus souvent même, ce n'est que par l'élimination successive des affections similaires et par une réunion

de probabilités, que l'on peut arriver à un diagnostic différentiel exact.

Un kyste dermoïde pourrait être confondu avec des tumeurs soit solides, soit demi-liquides, soit liquides.

Les tumeurs solides (sarcomes, épithéliomes, abcès froids à la période de crudité, ayant encore respecté la peau, et à *fortiori* l'ayant ulcérée), se reconnaîtront aisément à leurs caractères ordinaires (diffusion, engorgement ganglionnaire, adhérence à la peau et aux tissus voisins, etc., etc.).

Au nombre des tumeurs demi-liquides figurent les lipomes, les abcès chauds, les tumeurs érectiles, les kystes hydatiques, les prétendus kystes séreux de la bourse de Fleischmann, surtout les grenouillettes salivaires congénitales ou acquises, enfin les kystes mucoïdes.

Les lipomes du plancher buccal, qu'on appelle encore à tort des grenouillettes graisseuses, possèdent un grand nombre de caractères communs avec les kystes dermoïdes; marche lente et progressivement croissante, indolence, fausse fluctuation, peu ou pas de réaction inflammatoire, etc. Mais ces tumeurs s'observent très rarement dans la région qui nous occupe; leur début n'est pas congénital, leur accroissement se fait d'une façon continue sans temps d'arrêt, sans poussée brusque; en outre, les lipomes se développent primitivement vers la peau de la région sous-hyoïdienne, et ne soulèvent le plancher buccal que lorsqu'ils ont acquis des dimensions relativement énormes; la sensation qu'ils donnent à la pression des doigts n'est pas la même; on sent une mollesse simple, élastique, fuyante, et non la consistance pâteuse de la matière sébacée; on pourra, si l'on veut, rechercher le signe de Landetta, l'empreinte laissée par le doigt dans les kystes, mais le signe ne s'observe que très rarement avec une netteté suffisante pour établir à lui seul le diagnostic. Enfin les lipomes multiloculaires donnent aux doigts qui les

pressent la sensation de bosselures et de collision crépitante (Richet et Morel-Lavallée), qui serait caractéristique de ces tumeurs.

Le diagnostic avec les abcès chauds sera ordinairement facile, si on s'appuie sur leur marche rapide et sur les signes ordinaires de l'inflammation (rougeur, chaleur, douleur, tuméfaction). C'est ainsi qu'on reconnaîtra aisément la suppuration des ganglions situé entre les deux muscles sus-hyoïdiens. Rarement, mais quelquefois, un abcès profond pourrait en imposer pour une tumeur froide.

L'erreur inverse est plus facile à commettre ; nous voulons parler du cas, exceptionnel il est vrai, d'un kyste dermoïde passé inaperçu, et s'enflammant à un moment donné. Le diagnostic ne pourra souvent être fait que rétrospectivement par la persistance après l'incision d'une fistule intarissable.

Les tumeurs érectiles, si bien étudiées par Dolbeau, et désignées encore sous le nom de grenouillettes sanguines ou kyste sanguin, se différencient aisément des kystes dermoïdes ; elles sont violacées, réductibles, mollasses au repos, tendues et gonflées pendant les cris et les efforts ; le réseau veineux est apparent ; enfin, si le doute subsistait encore, la ponction exploratrice le ferait tomber.

Les kystes hydatiques du plancher de la bouche sont excessivement rares : on n'en trouve dans la science que deux cas, appartenant, l'un à Gosselin, l'autre à Richet. A part la transparence et la netteté de la fluctuation, aucun signe physique ne permet de distinguer des kystes dermoïdes ces sortes de tumeurs : le frémissement hydatique n'a jamais été observé. Seule, la ponction exploratrice suivie de la recherche des crochets caractéristiques peut faire connaître la vérité.

On décrit encore des grenouillettes par hydropisie aiguë ou chronique de la bourse séreuse décrite en 1841 par Reichmann. L'existence de cette bourse séreuse, admise par la

plupart des autorités allemandes, ne l'est guère en France, que par Tillaux. Cette question a soulevé d'interminables discussions, non pas tant à cause de son importance intrinsèque, qu'en raison de la nouveauté de la théorie allemande sur la pathogénie de la grenouillette. D'après Fleischmann et ses partisans, il n'y aurait plus de grenouillette aiguë ou chronique par ectasie de la glande ; tout se passerait dans la bourse séreuse. Après bien d'autres, Poncet (de Lyon) et son élève L. Faure ont repris cette question, et ce dernier l'a longuement développée dans sa thèse. Nous croyons, avec eux, que la bourse de Fleischmann n'existe pas, et que les kystes décrits comme se développant dans la prétendue bourse séreuse ne sont autre chose que des kystes congénitaux.

Mais ces auteurs vont encore plus loin. D'après eux, la grenouillette commune devrait être aussi considérée comme un kyste congénital, de la variété mucoïde. « Ce rapprochement est basé sur des considérations de siège, sur des analogies de structure, et sur l'examen du contenu de ces deux apparentes variétés de tumeurs.

» Dans les deux cas, le contenu est visqueux, transparent, plus ou moins jaunâtre, d'une consistance très différente de la salive, et possède parfois une odeur désagréable, analogue à celle de la matière sébacée. Il n'y a pas d'ailleurs de différence entre les symptômes de la grenouillette commune et ceux des kystes branchiaux. »

Il n'est pas dans notre sujet de trancher ces différends. La seule conclusion que nous voulions tirer de cet exposé, c'est qu'au point de vue du diagnostic différentiel avec les kystes dermoïdes, nous pouvons réunir ensemble, pour les comparer aux tumeurs à contenu sébacé, les tumeurs à contenu mucoïde, que nous appellerons la grenouillette commune. Ce diagnostic présente souvent de sérieuses difficultés ; on s'appuiera sur les caractères suivants : les kystes mucoïdes se développent

primitivement sous la muqueuse et ne proéminent pas, au moins au début, sous la peau de la région sus-hyoïdienne; le contraire est vrai pour les kystes dermoïdes, et, c'est ce point de l'interrogatoire qui a permis à M. le professeur Dubrueil de soupçonner la nature de la tumeur dès le début de son examen. En outre, la muqueuse sublinguale qui recouvre les grenouillettes commune est amincie, presque transparente, rosée ou bleuâtre, tandis que, dans le cas de kyste dermoïde, elle est opaque et de coloration blanc-jaunâtre. Enfin, la compression de la tumeur entre les doigts donne une sensation de fluctuation vraie dans le cas de kystes mucoïdes ou de grenouillettes communes, tandis que les kystes dermoïdes ont une consistance pâteuse, et pourraient peut-être garder l'empreinte du doigt.

CHAPITRE VII

MARCHE

Les kystes dermoïdes suivent une marche progressivement croissante. Ils ne retrocèdent jamais spontanément.

Mais cet accroissement peut être plus ou moins rapide. Le plus souvent, ils passent inaperçus pendant les premières années de la vie, ou semblent même rester stationnaires. Puis, sans qu'on sache trop pourquoi, et ordinairement vers la vingtième année, ils se mettent à grossir rapidement, et atteignent en quelques années, voire même en quelques mois, le volume d'un œuf de poule, d'une mandarine, d'une orange, du poing. S'il survient un traumatisme ou une infection, cet accroissement peut prendre en quelques jours des proportions inquiétantes, et compromettre même des fonctions nécessaires à l'existence ; le fait publié par Reclus en est un exemple frappant. Réciproquement, lorsque, comme dans le cas de Schmit, une tumeur dermoïde de faibles dimensions acquiert en quelques jours un volume considérable, il convient de songer immédiatement à la possibilité de complications inflammatoires. Mais cette inflammation spontanée, si fréquemment observée pour les kystes sébacés vulgaires, est chose rare pour les kystes dermoïdes. Lorsque ces tumeurs s'enflamment, c'est ordinairement le chirurgien lui-même qui en est cause.

Pour les mêmes raisons, on n'observe que rarement l'ouverture spontanée du kyste à l'extérieur. Lorsqu'elle se produit,

la fistule n'a aucune tendance à s'oblitérer d'elle-même, et persiste indéfiniment.

Abandonnées à elles-mêmes, ces tumeurs, grossissant toujours, finiraient par remplir complètement la cavité buccale, déformer les os et les parties molles, et compromettre gravement l'existence. Mais il est rare que les malades attendent d'en être arrivés à cette extrémité, pour venir se remettre les mains du chirurgien.

CHAPITRE VIII

PRONOSTIC

D'une façon générale, le pronostic des kystes dermoïdes ne présente une réelle gravité que si le malade est assez négligent ou pusillanime, pour tarder trop longtemps à demander les secours de l'art.

Il convient, cependant, de se rappeler que ces tumeurs peuvent s'enflammer, et qu'à la suite de cette inflammation il peut survenir des complications très graves, surtout du côté du larynx.

Traitée à temps, et d'une façon convenable, cette affection guérit vite et radicalement. Mais ce résultat n'est obtenu que par l'extirpation complète. Toujours par ce moyen, les phénomènes physiques et fonctionnels ont disparu et jamais on n'a noté de récurrence. On a même vu les déformations des dents et du maxillaire se corriger partiellement.

On n'a jamais observé de dégénérescence maligne des kystes dermoïdes du plancher buccal.

CHAPITRE IX

TRAITEMENT

S'il est une affection pour laquelle les indications thérapeutiques soient nettes, c'est celle qui nous occupe. Aussi croyons-nous inutile de nous attarder sur une foule de méthodes anciennes que l'expérience a démontrées lentes, inefficaces ou même dangereuses. Le traitement de choix est, sans contredit, l'extirpation complète de la tumeur. Une seule question peut être discutée, c'est celle de la voie à suivre. Nous aurons enfin à signaler, pour les cas où l'extirpation est impossible, la nouvelle méthode préconisée par Poncet et son élève Faure.

Le passage d'un séton au travers de la tumeur, dans le but de faire suppurer la poche kystique, et d'amener ainsi l'élimination de sa paroi; l'incision simple du kyste ou l'excision d'une partie de la poche, suivie, ou non, d'un attouchement avec des crayons ou des solutions caustiques, telles que le chlorure de zinc, ou le nitrate d'argent: tels sont les principaux procédés qu'on employait autrefois, avant l'ère antiseptique. Ces procédés présentent, avons-nous dit, le triple inconvénient d'être lents, inefficaces et dangereux: ils exigent, en effet, beaucoup de temps; s'ils aboutissent quelquefois à une guérison momentanée, cette guérison ne saurait guère se maintenir longtemps, étant donné qu'on a laissé en place des éléments cutanés, qui continueront à sécréter de

la matière sébacée ; enfin, c'est un jeu dangereux que de faire suppurer une poche kystique, surtout dans une région comme celle du plancher buccal ; cette pratique peut entraîner des conséquences graves, parfois mortelles, dues à l'exaltation ou à la propagation des phénomènes inflammatoires.

La méthode de choix est donc l'extirpation complète du kyste, contenant et contenu ; elle débarrasse complètement et rapidement le malade de cette infirmité gênante ; elle abrite contre la récidive ; si elle est faite antiseptiquement, on n'a pas à craindre de complications inflammatoires.

Tous les chirurgiens sont d'accord sur la supériorité de cette méthode, mais ils ne s'entendent pas encore très bien sur le choix de la voie à suivre : les uns préfèrent la voie buccale, les autres la voie sus-hyoïdienne.

La voie buccale a été la première et la seule employée pendant longtemps. Il paraît, en effet, plus rationnel de suivre ce chemin de préférence à l'autre ; il est plus court, puisqu'on n'a à inciser que la muqueuse sublingale pour arriver sur la tumeur ; en outre, on évite ainsi une cicatrice disgracieuse, avantage qu'apprécient toujours les malades, surtout les jeunes femmes ; enfin, les cas opérés par cette méthode n'ont jamais présenté de complications inflammatoires sérieuses.

La voie sus-hyoïdienne, suivie tout d'abord par Gross et Barker, vivement conseillée ensuite par Gérard-Marchant et Reclus, semble réunir actuellement les suffrages de la majorité des chirurgiens, si l'on en juge par les discussions qui ont eu lieu en 1891 et 1892, à la Société de chirurgie. Cette voie permet de faire une longue incision par laquelle on peut aisément accoucher le kyste, tandis que l'incision buccale, au contraire, ne peut qu'être assez réduite et ne pas dépasser certaines dimensions, sous peine de risquer des lésions importantes comme celle des canaux de Warthon.

Si on opère par la voie cutanée, on peut pratiquer l'anes-

thésie générale, ce qui ne se peut pas sans danger, si on a choisi la voie buccale.

Avec cette dernière, les manœuvres opératoires sont beaucoup moins faciles ; il faut maintenir la bouche largement ouverte, on est gêné par les arcades dentaires et la langue ; le malade avale du sang ; sa salive cache plus ou moins la vue des parties. Chez les enfants surtout, ces inconvénients ont bien leur poids.

Si le kyste adhère à l'os hyoïde, — et, quoi qu'en dise Gérard-Marchant, on ne peut pas toujours reconnaître cette adhérence avant l'opération, — sera-t-il facile d'aller, à travers une incision sublinguale, une fois le kyste décortiqué, sectionner le pédicule à sa base d'implantation et ruginer celle-ci ? Cette manœuvre ne sera-t-elle pas plus commode en passant par la voie sus-hyoïdienne ?

La tumeur enlevée, il reste à la place qu'elle occupait une cavité dont l'orifice se trouve en haut, si on a suivi la voie buccale ; en bas, si on a suivi la voie sus-hyoïdienne. Dans le premier cas, les liquides s'accumulent dans cette poche, et quels liquides ? Du sang, de la salive, des crachats mêlés de parcelles alimentaires, excellent milieu pour la pullulation des germes infectieux qui foisonnent dans la bouche, excellentes conditions pour déterminer des suppurations interminables, des fusées purulentes lointaines. On n'a pas, il est vrai, observé encore de bien sérieuses complications ; mais les cas ainsi opérés sont-ils bien nombreux ? Et d'ailleurs, est-il indispensable de courir ce danger, alors que, en passant par la voie sus-hyoïdienne, il est possible et facile d'opérer aseptiquement, et que, en tout cas, les liquides sécrétés par la plaie tendent à s'écouler d'eux-mêmes au point le plus déclive ?

L'invisibilité de la cicatrice est le grand argument des partisans de la voie buccale. Mais faut-il réellement en faire un

si grand cas ? On comprend qu'avant l'ère antiseptique, alors que les cicatrices formaient des bandes irrégulières, très apparentes, le chirurgien hésitât à couturer ainsi de balafres disgracieuses les mentons des jeunes filles. Mais aujourd'hui, si l'on fait bien, on obtient des cicatrices linéaires à peine visibles.

D'ailleurs, dans le cas particulier, la saillie du menton cachera tout, à moins que le malade ne soit affligé d'un cou rebondissant, auquel cas il ne se préoccupera guère de cette petite atteinte à l'esthétique, déjà compromise, de sa région sus-hyoïdienne.

La voie cutanée nous semble donc présenter, sur la voie buccale, des avantages incontestables qui doivent la faire employer de préférence.

On peut, néanmoins, conserver l'incision sublinguale pour les tumeurs petites, faisant uniquement saillie vers la bouche. On fera bien de tâcher de supprimer la cavité abandonnée par le kyste, en plaçant une suture profonde et en affrontant exactement les deux lèvres de la muqueuse par des fils très rapprochés.

CONCLUSIONS

Les kystes dermoïdes du plancher buccal ont une origine congénitale, mais d'habitude ils sommeillent un temps plus ou moins long et n'apparaissent le plus souvent qu'aux environs de la vingtième année. Ils ont été plus fréquemment rencontrés dans le sexe masculin que dans le sexe féminin.

Ils résultent de l'enclavement d'une portion de l'ectoderme qui tapisse les fentes branchiales. Si le petit sac de peau est pincé profondément entre les deux moitiés du cartilage de Meckel, le kyste sera adhérent à la face postérieure de la symphyse maxillaire. Le même mécanisme explique l'adhérence à l'os hyoïde.

Ces tumeurs occupent le raphé médian qui sépare les muscles de la région sus-hyoïdienne ; mais ils peuvent siéger primitivement dans une quelconque des couches qui forment le plancher buccal. La paroi présente une structure analogue à celle de la peau. Le contenu est formé de débris épidermiques, de quelques granulations graisseuses et de cristaux ; on y trouve rarement des poils. Les recherches bactériologiques n'ont abouti qu'à des résultats douteux ou négatifs.

Les kystes dermoïdes du plancher buccal forment une tumeur arrondie, lisse, sans bosselures, indolente, molle, quelquefois fluctuante, pouvant garder l'empreinte du doigt, faisant saillie, soit sous la peau de la région sus-hyoïdienne, soit sous la langue, soit des deux côtés à la fois. Elles peuvent

déterminer des troubles fonctionnels plus ou moins graves du côté de la mastication, de l'insalivation, de la déglutition, de la respiration, de la phonation.

Le diagnostic différentiel doit être fait avec les tumeurs malignes, les abcès froids ou chauds, les lipomes, les tumeurs érectiles, enfin, et surtout, les diverses variétés de grenouillettes.

Leur marche, lente pendant la période du sommeil, devient ensuite relativement rapide; en tous cas, elle est progressivement croissante; ces kystes n'ont aucune tendance à rétrocéder spontanément.

Le pronostic ne comporte quelque gravité que si le malade est soigné trop tard, ou par d'autres moyens que l'extirpation.

Le traitement de choix est l'extirpation complète de la poche kystique. Sauf quelques rares exceptions, il vaut mieux suivre la voie sus-hyoïdienne que la voie buccale. Dans les cas où l'extirpation complète est impossible, le meilleur pis-aller est l'incision large avec grattage ou cautérisation, suivie d'un tamponnement méthodique.

OBSERVATIONS

OBSERVATION PREMIÈRE

(Personnelle, inédite)

(Due à l'obligeance de M. le professeur DUBRUEIL, communiquée
par M. le docteur CAPMAN, chef de clinique.)

Le nommé V... (Louis), âgé de vingt et un ans, jardinier-fleuriste, à Villeneuve-les-Béziers, entre le 12 décembre 1893 à l'hôpital suburbain, dans le service de M. le professeur Dubrueil, salle Delpech, n° 21.

Ce jeune homme vient se faire soigner pour une tumeur qui est apparue, il y a quatre ans, dans la région sus-hyoïdienne, à deux ou trois centimètres de la ligne médiane. Auparavant, ni lui ni personne de son entourage n'avaient remarqué de saillie anormale en cet endroit, et c'est tout à fait par hasard qu'un matin, en se débarbouillant, il constata la présence d'une grosseur du volume d'une cerise, mobile, indolente, pas très dure. Depuis lors, cette tumeur a lentement progressé, est venue d'abord faire saillie dans la région sus-hyoïdienne médiane, puis a soulevé peu à peu la muqueuse sublinguale. Cette augmentation progressive de volume n'a jamais déterminé la moindre douleur ni aucun trouble fonctionnel appréciable.

Personne, dans la famille de ce jeune homme, n'a présenté de vice de conformation ni d'affection congénitale d'aucune sorte. Il est lui-même grand et vigoureux, et n'a dans son casier nosologique qu'une fièvre typhoïde bénigne survenue à l'âge de neuf ou dix ans, et une blennorrhagie contractée l'année dernière, et qui a facilement et complètement guéri. Il ne présente d'affection congénitale en aucun autre point du corps, à la lèvre, au sourcil, au scrotum, au coccyx, etc.

A son entrée à l'hôpital, voici ce que nous observons. La région sus-hyoïdienne est le siège d'une tuméfaction dont le point culminant correspond à peu près à la ligne médiane. A ce niveau, la peau a conservé

sa coloration normale, elle est souple, mobile, et ne présente aucun des caractères de l'inflammation. La tumeur elle-même, qu'on sent à travers une faible épaisseur de tissus, a la forme et les dimensions d'une pomme ; sa surface est unie, régulière et sans bosselures, et on ne sent pas par la pression le froissement particulier qu'on nomme la collision crépitante des lipomes ; sa paroi est assez tendue, mais sa consistance est molle, pâteuse ; nous cherchons vainement l'empreinte que pourraient y laisser nos doigts ; nous ne trouvons pas davantage de cordon fibreux, partant de la tumeur et se dirigeant soit en haut du côté du maxillaire, soit en bas du côté de l'os hyoïde. Pendant les mouvements de déglutition, la saillie de la tumeur augmente, mais ne se déplace pas à proprement parler.

Le malade tient la bouche normalement fermée ; si nous la lui faisons ouvrir, nous voyons immédiatement, en arrière de l'arcade dentaire inférieure, un relief sublingual qui affleure son niveau et qui remplit à peu près toute la concavité du maxillaire. Nous n'avons pas de peine à reconnaître par la palpation bidigitale que le relief est formé par le pôle supérieur de la tumeur qui fait saillie au-dessous dans la région sus-hyoïdienne. La bouche ouverte, cette dernière saillie diminue, tandis que le relief buccal augmente. La langue est fortement rejetée en haut et en arrière ; au repos, son extrémité antérieure dépasse à peine d'un centimètre le sillon qui la sépare de la tumeur sous-jacente ; le malade ne peut pas la tirer hors de la bouche. La muqueuse sublinguale est opaque et présente une coloration rosée à peu près normale ; on peut aisément la faire glisser sur la tumeur. Le raphé médian est, lui, un peu jaunâtre, et, au lieu d'être saillant, il est tendu sur la convexité de la tumeur, et y détermine un sillon antéro-postérieur peu profond qui la divise en deux lobes latéraux sensiblement égaux.

Si nous jetons un peu de sel en ce point, nous voyons immédiatement soudre la salive par les ostia umbilica des canaux de Warthon.

La palpation donne les mêmes résultats qu'à la région sus-hyoïdienne aux points de vue de la forme, de la consistance, de la mobilité, etc. Le doigt explorant tout le pourtour du relief sous-lingual, au niveau des apophyses géni en particulier, ne rencontre pas de cordon fibreux anormal.

La tumeur ne présente ni souffle ni battements, et n'augmente pas de volume pendant l'effort.

Le malade n'a jamais éprouvé de douleurs spontanées à ce niveau, et les manœuvres d'exploration n'en provoquent pas davantage. Les troubles fonctionnels n'offrent pas de réelle gravité. Malgré le volume de la tumeur le malade mastique assez facilement ; il ne bave pas, mais les coins des lèvres sont toujours imprégnés de salive ; la respiration se fait normalement, la déglutition est à peine gênée, malgré le renversement de la langue ; la voix est un peu éraillée et la parole légèrement embarrassée, surtout dans la prononciation des labiales.

M. le professeur Dubrueil porte le diagnostic de kyste dermoïde du plancher buccal, qui est vérifié par une ponction exploratrice faite quelques jours plus tard ; un trocart fin est enfoncé dans la tumeur, aucun liquide ne s'écoule ; en remuant discrètement l'extrémité du trocart dans la poche, on éprouve la résistance fuyante qu'on donnerait une masse de cire molle ; enfin la canule, en sortant, entraîne une petite quantité d'une matière blanc-jaunâtre analogue à du mastic de vitrier. L'examen microscopique de cette parcelle, pratiqué immédiatement, démontre que cette matière se compose surtout de cellules cornées ramollies et déformées, de quelques granulations graisseuses et de cristaux.

Le 5 janvier 1894, M. le professeur Dubrueil pratique l'extirpation du kyste par la voie sus-hyoïdienne. Après l'anesthésie à la cocaïne, il incise la peau sur la convexité de la tumeur, puis le muscle mylo-hoïdien, enfin le raphé médian, qui sépare l'un de l'autre les deux muscles génio-hyoïdiens, et la face externe du kyste apparaît luisante et nacréée. On déchire tout autour de la tumeur les travées celluluses lâches qui l'unissent aux tissus voisins. On ne constate pas d'adhérence, soit avec l'os hyoïde, soit avec le maxillaire ; mais, à peine a-t-on commencé d'énucléer la poche, qu'elle crève en un point situé en avant : par ce trou s'échappe alors, en se laminant, le contenu du kyste qu'on ne saurait mieux comparer qu'à de la châtaigne cuite ou du mastic de vitrier. On évacue par la pression la majeure partie de ce contenu, et la poche du kyste est aisément attirée au dehors par une traction lente des doigts de l'opérateur. Une légère hémorragie en nappe se produit, dont on a facilement raison par un tamponnement provisoire fait avec des compresses antiseptiques. La cavité abandonnée par le kyste pourrait admettre le poing d'un enfant de quinze ans. On y place un drain debout, et on suture au fil d'argent le reste de l'incision.

Les suites de cette opération ont été des plus simples ; le malade est sorti guéri huit jours après.

M. le professeur Kiener a bien voulu pratiquer l'examen histologique de la tumeur. Nous reproduisons *in extenso* le bulletin qu'il nous a communiqué :

« Les parois de ce kyste, étudiées en différents endroits, ont une structure très simple. On y reconnaît extérieurement un derme terminé par un corps papillaire très rudimentaire et supportant un revêtement épidermique dont la couche cornée est très épaisse et en état de desquamation.

» Dans l'épaisseur du derme on rencontre çà et là : 1° des glandes sébacées très allongées et aplaties, s'ouvrant à la surface libre par un court conduit excréteur, sans vestiges de poils et follicules pileux ; 2° des languettes très nettement isolées, composées de grosses fibres musculaires lisses enchâssées dans un stroma fibreux.

» Quelques leucocytes sont disséminés dans le derme, qui est d'ailleurs pauvre en cellules conjonctives. »

OBSERVATION II

(WARMONT, Thèse de Paris, 1858)

Tumeur née au-dessous de la langue, chez un R. P. Théatin, du volume d'un œuf, s'étendant le long du cou en comprimant la trachée. La poche ayant été plusieurs fois vidée, et la tumeur continuant de récidiver, Pierre de Marchettis cautérise en dedans de la bouche le follicule avec le fer rouge. Suppuration et guérison en quarante jours.

OBSERVATION III

(JOURDAIN, *Traité des maladies de la bouche*, in Landetta, Thèse de Paris, 1863, p. 558.)

Jeune homme de vingt-deux ans. Début de la tumeur en 1755 ; opération en 1761 ; incision sur la tumeur depuis les incisives jusqu'au delà du frein ; sortie d'une demi-livre d'humeur semblable à la substance du cerveau, avec cette différence qu'elle avait un peu moins de consistance.

OBSERVATION IV

(JOURDAIN, *eodem loco*)

G. Poirier, âgé de vingt-six ans. Tumeur sublinguale, gênant la déglutition, faisant saillie au dehors. Incision ; issue d'une grande quantité d'humeur de la nature du mélicéris.

OBSERVATION V

(SYME. Bertherand, Thèse de Strasbourg, 1845)

Jeune fille de vingt-quatre ans. Tumeur datant de l'enfance, faisant saillie et dans la bouche et sous le menton. Après l'incision, on constate un kyste épais, de couleur jaune, renfermant une matière grisâtre, d'apparence lardacée, du volume d'un œuf de poule d'Inde.

OBSERVATION VI

(LINHART, *Gaz. hebdomadaire*, 1857)

Fille de vingt et un ans. Depuis deux ans, apparition d'une tumeur sous la langue, qui faisait dans la région sus-hyoïdienne une saillie tendue et fluctuante. La tumeur occupait tout le plancher de la bouche, et sur sa face supérieure une petite saillie de deux lignes de longueur représentait la pointe de la langue. La muqueuse était mobile sur la tumeur ; fluctuation nette, salivation abondante, déglutition difficile. Pas d'aspect bleuâtre. Conduits salivaires libres. Par une incision courbe on taille et dissèque un lambeau ; puis, après une deuxième incision sur la ligne médiane, on aperçoit de chaque côté les cordes formées par les muscles génio-glosses ; on les divise transversalement sur la sonde cannelée, avec le doigt et le manche du scalpel on cherche à circonscrire la tumeur ; mais, vu son volume, il est impossible tout d'abord de l'extraire par la bouche. Une ponction donne issue à de la sérosité jaunâtre, puis à une substance blanchâtre et athéromateuse ; la tumeur enlevée, on peut sentir l'os hyoïde. Pendant quelques jours, gonflement et suppuration. Guérison en onze jours.

OBSERVATION VII

(LINHART, *Gaz. hebdomadaire*, 1858)

Homme, vingt-huit ans. Sur le plancher de la bouche, tumeur hémisphérique indolente, d'une consistance pâteuse, offrant des dépressions sous la pression du doigt; mastication et phonation gênées. Énucléation facile; contenu des kystes sébacés avec adhérence de l'os hyoïde. La paroi est formée de deux tuniques, dont la surface interne présente un épithélium pavimenteux stratifié et une quantité notable de poils follets. Contenu des kystes sébacés.

OBSERVATION VIII

(CRUVEILHIER, *Bull. Soc. anatomique*, 1862)

Lesueur, soixante-trois ans. Dans la région sublinguale, sur la ligne médiane, tumeur arrondie, du volume d'une pomme reinette, fluctuante, sans transparence et sans saillie à la région sus-hyoïdienne. Déglutition et phonation gênées. Mort par tuberculisation pulmonaire.

A l'autopsie, on constate une tumeur située entre les génio-glosses et la base de la langue, dont la paroi a 4 millimètres d'épaisseur. Contenu sébacé.

Nombreux poils courts et incolores.

OBSERVATION IX

(RICHEL, in Thèse Landetta. Paris, 1863)

Enfant âgé de quelques jours. Sous la langue, tumeur de la grosseur d'une petite noix, fluctuante, lisse, oblongue d'avant en arrière, arrondie, soulevant la langue et mettant obstacle à la succion. Richet, pensant à une grenouillette, applique un séton. Quelques mois après, nouveau séton plus volumineux. Deux mois plus tard, incision de la paroi et cautérisation. Malgré ce traitement, récurrence non opérée.

OBSERVATION X

(DENONVILLIERS et VERNEUIL, Thèse de Paris, 1863, de Landetta)

Nisen (Jacob), vingt-huit ans. Tumeur congénitale située sur la li-

gne médiane, du volume d'une petite orange, fluctuante, indolente et résistante. Pas de saillie à la région sus-hyoïdienne. Muqueuse buccale rosée, blanchâtre; canaux de Warthon libres. Gêne de la phonation, de la mastication, de la déglutition et de la respiration. Incision; issue d'une substance molle, blanc-jaunâtre, de la consistance de la châtaigne cuite; injections iodées; récive six mois après, opérée par Verneuil; extirpation; adhérences fibreuses très résistantes situées au niveau de l'interstice des génio-hyoïdiens.

OBSERVATION XI

(GALLARD, *Bull. Soc. anat.*, 1865)

Fille de vingt ans. Tumeur reconnue à douze ans sous la langue; élastique, donnant la sensation de fausse fluctuation, conservant l'empreinte du doigt, faisant saillie à la région sus-hyoïdienne. Reflet grisâtre de la muqueuse buccale. Phonation et déglutition gênées. Incision et cautérisation. Contenu des kystes sébacés.

OBSERVATION XII

(PAQUET, *Arch. génér. de méd.*, vol. II, 1867)

Ch... (Louise), dix-sept ans. Début remontant à cinq ans. Sous la langue, à gauche, tumeur du volume d'un œuf de dinde, fluctuante, indolente, faisant fortement saillie à la région sus-hyoïdienne; pas de transparence; pas d'empreinte persistante; muqueuse buccale rosée, bleuâtre, sillonnée de veines turgescents; conduits de Warthon libres. Gêne de la phonation, de la mastication et de la déglutition. Incision au-dessus du bord maxillaire. Enucléation facile à travers le muscle mylo-hyoïdien. Contenu des kystes sébacés. Pas de poils, pas de glandes dans la paroi formée de deux couches.

OBSERVATION XIII

(BRYANT, *eodem loco*)

Homme de dix-neuf ans. Tumeur au-dessous de la langue ayant débuté il y a six mois, augmente progressivement, et, dans les derniers temps, devient assez considérable pour empêcher le malade de parler.

La langue est repoussée vers la voûte palatine par un large kyste se projetant également des deux côtés du frein. On voit les canaux de Warthon au-dessus sans être compris dans la tumeur. Incision, il sort un liquide albumineux, visqueux. Tamponnement de charpie. Inflammation survient et guérison apparente.

OBSERVATION XIV

(BRYANT, *Clinical surgery*, 1870, page 170)

Il s'agit d'un homme de vingt-cinq ans. Depuis six ans, tumeur sous la langue; application d'un séton sans résultat. Quelque temps après, ouverture avec une lancette de la tumeur qui s'enflamma et prit vite des proportions considérables. Le malade peut à peine parler; la tumeur occupe la concavité de la mâchoire inférieure; une fistule subsiste vers la partie gauche de la langue, par où sort une matière caséuse, demi-solide, d'odeur fétide. Agrandissement de l'ouverture; il sort par la pression 3 onces de cette substance; le kyste s'est vidé et la guérison se fait progressivement.

OBSERVATION XV

(VERNEUIL, *Bull. Soc. anatomique*, 1872)

Fille de dix-huit ans. Début inconnu. Tumeur indolente, sans transparence, du volume d'un œuf de poule, saillant dans la bouche sur la ligne médiane et sous la mâchoire. Pas de gêne de la parole, ni de la mastication. Enucléation facile, sauf au niveau d'adhérences à la partie antérieure de l'os hyoïde.

Le contenu est un mélange de cellules pavimenteuses et d'épithélium sébacé. Ces kystes, de l'ordre des kystes dermoïdes, assez peu communs, peuvent suppurer. Verneuil en a observé un exemple. Le mécanisme de leur développement est semblable à celui des kystes dermoïdes des sourcils; ils se forment au niveau du point de soudure des arcs osseux et offrent des adhérences sur la ligne médiane.

OBSERVATION XVI

(GUETERBOCK, *Arch. f. klin. Chir.*, fasc. A, p. 985, 1878)

Homme de vingt-six ans, tumeur datant d'un an, troublant la phonation, la mastication, la respiration et la déglutition. Sous la lan-

gue, à gauche, au-dessous de la muqueuse rouge, inégale, épaissie, tumeur fluctuante, de la grosseur d'un œuf de poule, indolente, se prolongeant jusqu'aux dernières dents molaires, et latéralement au delà de l'angle de la mâchoire. Énucléation facile, malgré adhérences à l'os hyoïde. Contenu formé par un liquide épais avec cheveux crépus. Drainage de la plaie. Guérison.

OBSERVATION XVII

(BARBÈS, Thèse de Paris, 1879)

Femme de vingt-huit ans ; sur la moitié droite du plancher de la bouche, tumeur de la grosseur d'un œuf de poule, faisant saillie dans la bouche et sous la mâchoire. Incision par M. Richet ; le contenu est une matière grisâtre, épaisse, formée de granulations graisseuses, de paillettes de cholestérine, de plaques épithéliales et d'un bouquet de poils...

OBSERVATION XVIII

(BARBÈS, *eodem loco*)

G... (Louise), âgée de quatorze ans ; tumeur datant de sept mois, située sur la ligne médiane, de la grosseur d'une petite pomme, et présentant une apparence bleuâtre, sans transparence. Fluctuation nette ; pas d'empreinte persistante ; saillie dans la bouche et dans la mâchoire ; canaux de Warthon libres. Aucune gêne de la mastication, ni de la prononciation. Opération : incision et cautérisation ; contenu des kystes sébacés ordinaires. Seconde cautérisation quelques jours après ; il ne reste plus qu'un petit trajet fistuleux.

OBSERVATION XIX

(GRUBER, *Arch. für pathol. Anat.*, 1880, p. 442)

Kyste athéromateux préhyoïdien sous-musculaire, observé sur le cadavre d'un jeune homme de vingt ans. Tumeur médiane à la région sus-hyoïdienne, mesurant 6 centimètres de longueur sur 5 centimètres de largeur. A la palpation, on sent avoir affaire à un sac élastique renfermant une masse pâteuse. La dissection en est facile et on constate qu'elle était située entre les génio-glosses et les génio-hyoïdiens. L'opération, sur le vivant, eût dû être pratiquée par la même voie

sus-hyoïdienne. Les parois du sac sont résistantes ; à l'intérieur, une bouillie blanchâtre ; ce ne peut être qu'un kyste dermoïde dont les connexions avec la muqueuse et la peau ne sont pas manifestes.

OBSERVATION XX

(MEUNIER, *Bull. Soc. anatom.*, 1881, p. 122)

L... (Pierre), cinquante-deux ans, a, depuis sa naissance, une tumeur au niveau du plancher de la bouche, qui n'a déterminé d'autre trouble qu'une modification dans le timbre de la voix ; elle a les dimensions d'une grosse mandarine, siège au-dessous de la langue, sur la ligne médiane, immédiatement en arrière du maxillaire inférieur, au-dessus du muscle mylo-hyoïdien, entre les génio-glosses. Au toucher, elle est lisse, molle, arrondie, fluctuante, toujours indolente. Une épingle, plantée dans le kyste, peut être inclinée dans tous les sens, et garde la position qu'on lui donne, signe indiquant que le contenu n'est pas liquide, mais demi-solide ; la pression du doigt ne laisse cependant aucune empreinte. Canaux de Warthon libres ; mastication et digestion normales ; voix seule altérée. Incision longitudinale de la muqueuse buccale, et léger débridement à gauche ; il s'écoule une matière grisâtre, d'odeur butyreuse ; énucléation facile avec les ciseaux. L'examen histologique confirme le diagnostic de kyste dermoïde, et démontre que sa paroi est formée de trois couches : 1^o une interne, épithéliale ; 2^o une couche fibreuse ; 3^o en continuité immédiate avec celle-ci, une autre couche fibreuse avec de nombreux vaisseaux ; contenu ordinaire des kystes sébacés, moins, toutefois, glandes sébacées et poils, avec origine probablement embryonnaire, résultant d'une involution de la muqueuse de la face inférieure de la langue.

OBSERVATION XXI

(NICAISE, *Bull. Soc. de chirurgie*, juin 1881)

Fille de trois ans. Tumeur du volume d'une noisette, située sous la langue, à gauche de la ligne médiane ; la minceur des parois laissait voir la coloration jaunâtre de son contenu. Dissection facile, sauf au niveau du raphé, où elle se continuait avec un cordon très dur, résistant, rigide, qui allait s'insérer sur la face postérieure du maxil

laire, au milieu des apophyses géni. Ce cordon, de consistance fibro-cartilagineuse, était creusé d'un étroit canal qui contenait, de même que le kyste, une matière grasse de couleur gris jaunâtre. Ce canalicule était probablement la partie sécrétante. Guérison.

OBSERVATION XXII

(COMBALAT, *Bull. Soc. de chirurgie*, juin 1881)

Homme de trente-deux ans, portant depuis sa naissance une tumeur de la grosseur d'une petite cerise, située sur la ligne médiane et en arrière des incisives du maxillaire inférieur. Depuis plusieurs années, accroissement notable et gêne de la mastication, de la déglutition et de la phonation. Actuellement, elle occupe tout le plancher de la bouche, refoulant la pointe de la langue en arrière et ne formant qu'une très légère saillie à la région sus-hyoïdienne. La muqueuse est pâle, sèche, rugueuse, parcheminée; au toucher, la tumeur est molle, non élastique, de consistance pâteuse, donnant une fluctuation vague et ne présentant pas d'empreinte persistante. L'opération a lieu facilement par la bouche, bien que la tumeur se soit vidée par l'orifice de la ponction; on constate qu'elle s'était développée entre les génio-glosses et adhérait au maxillaire. L'examen histologique démontre la présence de cellules épidermiques et de poils follets dans la substance granuleuse qui forme le contenu.

OBSERVATION XXIII

(HOFMOHL, *Wiener medicin. Presse*, 1881)

Femme, vingt-huit ans; petite tumeur mobile à la région sous-mentonnière, qu'elle n'a remarqué que depuis six mois; absolument indolente, ne cause aucune gêne. On pense à un ganglion lymphatique; mais peu à peu la tumeur grossit, devient saillante au-dessous de la langue et gêne la mastication et la phonation. A ce moment on observe, sur la ligne médiane du cou, une tumeur de la grosseur d'un œuf de poule, au-dessus de l'os hyoïde, molle, très élastique; dans la bouche, seconde tumeur au-dessous de la langue, s'étendant également des deux côtés du frein, très élastique; à la pression sur la tumeur sus-hyoïdienne, la saillie intra-buccale s'accentue, et on perçoit de la

fluctuation. On porte le diagnostic de grenouillette. A l'incision, à gauche du frein de la langue, il sortit une masse jaunâtre, molle : la poche fut facile à énucléer ; elle était formée d'une paroi conjonctive avec des vaisseaux, recouverte d'une couche de Malpighi ; le contenu était formé de cellules épidermiques. Drainage de la plaie ; guérison.

OBSERVATION XXIV

(GOSSELIN, *in* Ozenne, *Arch. génér. de méd.*, 1883, p. 281)

Marthe H... vingt et un ans. Petite tumeur de la grosseur d'un marron, sous la langue depuis la naissance ; elle est restée stationnaire pendant quinze ans, mais depuis cinq ans elle s'est accrue graduellement sans douleur, jusqu'à présenter actuellement le volume d'un œuf ; au toucher, elle est lisse, indolente, mollasse, sans présenter une consistance pâteuse ; on aperçoit à sa surface les ostia umbilica restés perméables ; pas de trouble dans la salivation ; pas d'engorgement des ganglions voisins. Incision curviligne sur la muqueuse buccale ; dissection de la tumeur qui présente deux adhérences : 1° en arrière, au niveau du frein ; 2° en avant, près de l'insertion des génio-glosses, sans contracter aucune union avec le maxillaire ; elles sont facilement sectionnées avec les ciseaux. Pansement antiseptique ; les jours suivants, un peu de gonflement. Guérison. A l'examen histologique, la paroi du kyste présente tous les éléments d'un tissu dermoïde régulièrement disposé, auquel il ne manque, pour être un derme parfait, que la présence de papilles.

OBSERVATION XXV

(DARDIGNAC, *Soc. de chirurgie*, 1883, p. 710)

Origine congénitale, accroissement rapide vers la vingtième année, siège exactement médian, adhérences intimes avec le périoste du maxillaire inférieur, connexions plus lâches avec la muqueuse buccale et les muscles géniens ; consistance mollasse ; indolence absolue. Une ponction confirme le diagnostic. L'extirpation ne présente de difficulté qu'au niveau de l'implantation de la tumeur ; on sectionne le pédicule avec les ciseaux. L'inflammation disparue, quelques jours après on détache par le grattage les derniers restes de la poche kystique. Guérison. L'examen histologique de la poche a été fait.

OBSERVATION XXVI

(BARKER, *Trans. of the clin. Soc. of London*, 1883, p. 215)

Madame L..., vingt-huit ans, tumeur dans le corps de la langue ; depuis six ans gêne de la déglutition, depuis deux mois augmentation de la tumeur qui est médiane, derrière la symphyse du menton, fait saillie, sous le menton, d'environ 1 pouce $1/2$, et simule un double menton ; langue repoussée en haut vers la voûte palatine ; au toucher on sent la fluctuation, elle est indolente ; troubles de la phonation et de la déglutition. Incision sur la ligne médiane depuis la symphyse du menton jusqu'à 2 pouces $1/2$ au-dessous ; division du raphé mylo-hyoïdien ; énucléation facile de la tumeur, située entre les génio-hyoïdiens, et adhérant solidement au corps de l'os hyoïde. Le doigt introduit dans la plaie montre que la tumeur était séparée seulement de la cavité buccale par la muqueuse épaisse du dos de la langue. Le contenu du kyste est une matière puriforme de couleur pâle. A l'examen histologique : cellules épithéliales avec dégénérescence graisseuse en cristaux de cholestérine en abondance.

OBSERVATION XXVII

(BARKER, *eodem loco*)

J'ai vu un autre cas semblable au précédent. Il était situé également entre les muscles génio et hyoglosses. Il avait la même apparence nacrée et le même contenu. Comme il était moins volumineux, je pus le disséquer par la bouche, la femme s'y prêtant facilement. Guérison sans suppuration, et en peu de jours.

OBSERVATION XXVIII

(GERSTER, *New-York med. Journ.*, 1883, p. 578)

Jeune fille, treize ans. Tumeur, de la grosseur d'une noix, occupant les deux tiers de la longueur de la langue ; on diagnostique un hygroma. Trouvant ses parois épaisses, le chirurgien se décide à l'opération. Il lie d'abord l'artère linguale : La tumeur est découverte par une incision menée sur le bord de la langue, et le sac est incisé

avec les ciseaux à l'aide de la pince, suture de la plaie au fil de soie, gaze iodoformée. Guérison; l'enfant quitte l'hôpital cinq jours après l'opération.

OBSERVATION XXIX

(WRIGHT, *The medical Record*, 1885, p. 537)

Fille, six ans : langue, après la naissance, légèrement projetée au dehors, ce qui n'empêche pas la succion ; à deux ans, elle grossit tellement, en peu de mois, que l'enfant ne peut la ramener en arrière des arcades dentaires, qu'avec la plus grande difficulté ; mastication impossible depuis un an et demi ; alimentation exclusivement liquide. A l'examen, l'enfant a six ans, la langue est projetée en dehors des incisives d'une longueur de 2 pouces 1/2, et mesure 5 pouces de circonférence ; parole altérée ; salivation continuelle ; on fait difficilement rentrer la langue dans la bouche. Au toucher, sensation de fluctuation ; diagnostic de kyste. La malade étant éthérisée, deux fortes aiguilles légèrement courbes, portant une double ligature de soie, furent passées à travers la base de la langue ; on enlève les aiguilles et on noue chacun des fils de façon à assurer l'hémostase. La tumeur incisée, il sort 3 onces d'un liquide épais, jaunâtre. La langue restant exubérante, malgré l'évidement du kyste, on l'ampute au niveau des incisives ; ligature des vaisseaux avec la soie phéniquée. Les ligatures temporaires de la base de la langue sont enlevées, la plaie est suturée. Guérison rapide.

OBSERVATION XXX

(FAWELL, *The Lancet*, 1885, p. 843)

Fille, dix-sept ans, tumeur au-dessous de la langue, du volume d'une petite orange, remplissant la bouche, repoussant la langue vers la voûte palatine. La malade ne peut avaler rien de solide ; elle affirme que toute sa vie elle a eu une petite grosseur à cette région et quelle n'a augmenté de volume que depuis trois mois. Un médecin a déjà passé un séton et incisé la tumeur, mais celle-ci s'est vite reformée et a dépassé son volume primitif. Saisissant la partie antérieure de la tumeur avec une pince à forcipressure, et excisant une partie considérable de la paroi antérieure, on voit s'échapper une

grande quantité de matière sébacée épaisse, dans laquelle les poils étaient mêlés. La plaie se cicatrisa rapidement et, neuf mois après, il n'y avait pas de récurrence.

OBSERVATION XXXI

(HADDEN, *Trans. of the pathol. Soc. of London*, 1886, p. 225)

Le kyste a été enlevé sur un enfant âgé de quatre mois, porteur d'un spina-bifida. La tumeur est globuleuse, mesure un quart de pouce de diamètre. Elle est située sur la ligne médiane de la langue, en arrière des papilles caliciformes formant le V lingual. Le contenu est une matière demi-solide, gélatineuse.

OBSERVATION XXXII

(PAGET, *Trans. of the pathol. Soc. of London*, 1886)

Petite fille, kyste sous la langue, sur la ligne médiane du plancher de la bouche, offrant l'apparence d'un abcès. Il a été incisé deux fois, et un liquide épais, semblable à du pus, en est sorti. Comme il a récidivé, on le dissèque ; il mesure environ trois quarts de pouce de diamètre ; sa surface interne est constituée par un épiderme, avec quelques poils très fins ; les papilles du chorion et cette partie du chorion qui est située au-dessous du réseau de Malpighi sont chargés d'un pigment noir, granuleux.

OBSERVATION XXXIII

(GÉRARD-MARCHANT, *Bull. Soc. anat.*, 1886, p. 653)

M^{lle} Anne C..., vingt-quatre ans, tumeur, depuis sa naissance, faisant saillie dans la bouche et sous le menton, en donnant l'aspect du double menton ; s'est accrue considérablement depuis deux ans ; troubles fonctionnels dans la phonation, la déglutition et la respiration. La tumeur, du côté de la bouche, occupe la région médiane ; muqueuse buccale normale, libre d'adhérences ; langue soulevée, ramassée en arrière. L'exploration bi-manuelle avec un ou deux doigts de la main droite placés sous la langue, pendant que ceux de la main gauche explorent la région sous-maxillaire, révèle une tumeur qui

oscille dans le plancher buccal dans le sens des pressions ; la palpation, une tumeur arrondie, profondément cachée, sans fluctuation ; la pression du doigt ne produit aucune empreinte ; elle est mobile avec l'os hyoïde, pendant les mouvements de déglutition, et semble y adhérer. Diagnostic de kyste dermoïde. Enucléation facile de la tumeur par la voie sus-hyoïdienne ; elle était située entre les muscles génio-hyoïdiens et génio-glosses, et adhérait à l'os hyoïde par un tractus fibreux. Guérison en trois semaines. Sur la principale tumeur était greffée une seconde petite tumeur du volume d'un haricot. L'examen histologique confirme le diagnostic porté de kyste dermoïde ; sa paroi offre une structure analogue à celle de la peau ; elle est formée de tissu conjonctif, tapissé d'un épithélium pavimenteux stratifié ; son contenu, d'un blanc laiteux, est caractérisé par des cellules ayant subi la dégénérescence cornée.

OBSERVATION XXXIV

(RECLUS, *Bull. Soc. anat.*, 1886, p. 653)

Garçon, vingt-cinq ans, bonne constitution, a eu toujours le cou gros à la région sus-hyoïdienne. La tuméfaction s'est accentuée peu à peu. A l'examen, tumeur arrondie, régulièrement distendue à la région sus-hyoïdienne, limitée en avant par la courbe du maxillaire et en bas par l'os hyoïde légèrement débordé ; langue soulevée et appliquée contre la voûte palatine, par suite de la tumeur qui fait saillie dans la bouche ; la pression exercée sur la saillie intra-buccale se transmet intégralement au doigt placé sur la saillie sus-hyoïdienne. Diagnostic de kyste dermoïde vérifié par une ponction exploratrice. Incision sur la ligne médiane de la symphyse mentonnière à l'os hyoïde ; division de la peau, du tissu cellulaire, écartement des muscles, la tumeur est saisie ; ponction, issue d'une certaine quantité de substance butyreuse, énucléation facile, section du pédicule qui la fait adhérer à l'os hyoïde. Guérison.

OBSERVATION XXXV

(SUTTON, *Trans. of the path. Soc.*, 1887, p. 387)

Homme, vingt-quatre ans. Tumeur du plancher buccal sur la ligne médiane au voisinage du frein. En neuf ans il a subi sept opérations.

Le kyste, qu'on prenait pour une grenouillette, a récidivé après chaque tentative opératoire. La tumeur incisée, il en sort une matière jaunâtre, visqueuse, qui prouve qu'on a affaire plutôt à un kyste dermoïde. Le malade endormi, on dissèque la tumeur au moyen de deux pinces à forci-pression ; elle était située entre les génio-glosses, et tellement adhérente à l'os hyoïde qu'il fallut employer la rugine pour l'en détacher ; hémorragie secondaire quelques heures après l'opération. Guérison. Le kyste était rempli de matière sébacée, quelques poils s'y trouvaient. L'examen histologique de la poche en fit voir la structure dermoïde.

OBSERVATION XXXVI

(FERRON, *Gaz. hebd. de méd. et chir.*, 1887, p. 150)

Soldat, vingt-deux ans, bien constitué, vient d'être opéré pour un polype nasal, par le chirurgien qui remarqua en cette occasion, sur le même sujet, une tumeur du volume d'un œuf, occupant le plancher buccal et ne formant pas de saillie appréciable à la région sus-hyoïdienne ; elle est lisse, non transparente, tend fortement la muqueuse dont la couleur est normale ; elle est molle, fluctuante et non réductible, gêne passablement les mouvements de la langue refoulée vers la voûte palatine ; pas d'adénopathie du voisinage. Il atteste qu'elle a progressivement augmenté de volume depuis quelque temps, qu'elle date de son enfance et que l'essoufflement dont il se plaint provient en partie de la tumeur. La tumeur incisée, il en sort une pâte blanchâtre en forme de ruban ; cautérisation de la poche kystique au nitrate d'argent ; drainage et pansement. Guérison apparente. Huit jours après, récidive ; tumeur beaucoup plus volumineuse, très fluctuante ; nouvelle incision, la poche kystique est badigeonnée à la teinture d'iode ; drainage. Quatre jours après, seconde récidive, gonflement de la région considérable, application des sangsues ; le huitième jour, le malade vomit de lui-même une membrane épaisse qui était sans doute la poche kystique. Guérison rapide, pas de nouvelle récidive.

OBSERVATION XXXVII

(RECLUS, *Gaz. hebd. de méd. et chir.* 1887, p. 75)

Homme, trente ans. Il y a trois ans qu'il a senti une grosseur sous la langue, du volume d'une noisette, arrondie, mobile, indolente. La

tumeur devient, au bout d'un an, comme un œuf, au bout de deux, comme une orange, et, au bout de trois, comme le poing : elle proémine à la fois sur le plancher buccal et dans la région sus-hyoïdienne, refoule la langue qui vient se mouler sur la voûte palatine ; la muqueuse est rouge et sans adhérences ; fluctuation des plus nettes : la pression exercée par un doigt sur le segment buccal se transmet intégralement au doigt qui refoule le segment sus-hyoïdien. Diagnostic de kyste dermoïde. Incision de la tumeur en son point le plus saillant à la région sus-hyoïdienne, il s'en écoule une substance granuleuse rappelant un épais bouillon de semoule ; drainage. Le drain tombe un mois après, ou on le retire ; la tumeur se reforme et grossit tellement que le malade ne peut même pas avaler le liquide. Enucléation de la tumeur faciale, sauf une adhérence fibreuse aux apophyses géni, que des tractions énergiques n'ont pu rompre, et il a fallu la sectionner avec les ciseaux. L'examen histologique de la tumeur démontre que ses parois ont la structure de la peau ; son contenu est sébacé.

OBSERVATION XXXVIII

(GUINARD, *Bull. Soc. anat.*, 1888)

Garçon, dix-sept ans, a remarqué depuis environ deux ans dans la région sus-hyoïdienne, derrière la symphyse du maxillaire inférieur, une tumeur dure du volume d'une noisette ; elle augmente progressivement de volume, et quelques mois après elle fait saillie dans la bouche ; elle a actuellement les dimensions d'un œuf et refoule la langue en arrière et en haut, elle est médiane et collée contre la symphyse du maxillaire inférieur ; muqueuse buccale normale libre de toute adhérence, canaux de Warthon intacts. Au toucher, la tumeur est fluctuante, lisse, arrondie ; on se renvoie le flot avec un doigt dans la région sus-hyoïdienne, et l'autre dans la bouche. Diagnostic de kyste dermoïde après une ponction exploratrice et examen de la matière sébacée. Incision de la muqueuse buccale à deux centimètres environ en arrière de l'arcade maxillaire. Enucléation de la tumeur facile, sauf double adhérence : 1° aux apophyses géni, selon la règle ; 2° à tout le raphé fibreux, allant des apophyses à l'os hyoïde, qui nécessite l'emploi de la curette tranchante. La poche, à paroi résistante, contient une bouillie épaisse, grisâtre, analogue à la purée de marrons ;

on trouve trois ou quatre poils de duvet tout à fait incolores. L'examen microscopique ne laisse aucun doute sur l'existence de kyste dermoïde.

OBSERVATION XXXIX

(LEDIARD, *Path. Soc. of London*, 1888, p. 281)

Enfant de six ans, tumeur au centre de la langue, remarquée depuis sa naissance, qui augmente rapidement de volume depuis peu ; la bouche est tenue ouverte, et la langue, globuleuse, est projetée entre les lèvres ; voix indistincte ; quelques-unes des dents incisives sont tombées par la pression ; les bords alvéolaires de la mâchoire inférieure sont déplacés en avant pour la même raison : frein de la langue ulcérée. Le kyste fut facilement séparé de ses attaches lâches, et l'enfant guérit rapidement. Il mesure 2 pouces de longueur ; la partie la plus large un peu plus de 1 pouce. La paroi est mince et demi-transparente, le contenu fluide, de couleur brune. L'examen histologique montre des corpuscules muqueux, des granulations graisseuses de l'épithélium, des cristaux de phosphates et de cholestérine.

OBSERVATIONS XL ET XLI

(TILLAUD, *Traité de chirurgie clinique*, vol. I)

M. Tillaud cite un cas de kyste dermoïde du plancher de la bouche, du volume d'un gros œuf de dinde, et qu'il opéra en 1885.

En 1883, il enleva à l'hôpital Beaujon un autre kyste, il put énucléer complètement la poche qui n'adhérait que faiblement aux parties sous-jacentes, c'est-à-dire au génio-glosse.

OBSERVATION XLII

(LANNELONGUE, *Traité des affections congénitales*, 1891)

Enfant, dix ans, tumeur médiane à la région sus-hyoïdienne, avec prédominance à droite ; elle est arrondie, de la grosseur d'une mandarine ; ne semble pas avoir d'adhérence avec l'os hyoïde au-dessus duquel elle est située ; en la refoulant en haut, elle soulève le plancher de la bouche sans arriver jusqu'à la muqueuse ; médiocrement tendue, elle ne paraît pas réductible ; fluctuation difficile à percevoir

à cause de sa situation profonde. La mollesse diffuse et uniforme fait rejeter l'idée d'un lipome. L'enfant porte des ganglions au cou et un petit goître. Incision médiane, verticale ; il faut couper une couche de muscles pour arriver sur la tumeur ; énucléation facile, malgré une adhérence aux apophyses géni, sectionnée avec les ciseaux. Pansement iodoformé. Réunion par première intention. Guérison. La paroi du kyste est peu épaisse, contient une bouillie blanchâtre, grasseuse ; elle est revêtue d'un épiderme (examen histologique), mais on ne trouve ni poils, ni glandes, ni papilles.

OBSERVATION XLIII

(SCHMIT, *Archives de med. et chir. milit.*, 1891, p. 151)

Soldat, bonne constitution ; a remarqué depuis à peine quelques jours une grosseur sur la langue, ne provoquant nulle gêne d'aucune sorte ; est envoyé à l'hôpital avec diagnostic « grenouillette ». La bouche étant fermée, on aperçoit à la région sus-hyoïdienne une tumeur globuleuse, empiétant, un peu du côté gauche, qui ne ressemble en rien aux adénites observées souvent dans cette région ; elle est mobile, et offre les dimensions d'un œuf de dinde au moins. En faisant ouvrir la bouche, cette tumeur disparaît à la région sus-hyoïdienne, pour devenir saillante sous la langue ; elle est très molle, arrondie, ne garde pas l'empreinte du doigt, et remplit complètement l'espace limité par les arcades dentaires ; absence de troubles fonctionnels dans la déglutition, la phonation et la respiration ; pas de douleur. Vu la rapidité du développement de la tumeur, sa transparence partielle, sa fluctuation, on maintient le diagnostic « grenouillette ». Double incision de la tumeur se rejoignant en haut et en bas, et il sort une matière butyreuse, jaunâtre, au milieu du liquide visqueux et filant de la grenouillette. Diagnostic modifié, Énucléation complète de la tumeur à travers les muscles génio-hyoïdiens et génio-glosses, qui n'offrait aucune adhérence. Pansement antiseptique. Guérison.

OBSERVATION XLIV

(GÉRARD-MARCHANT, *Bulletin de la Société de Chirurgie*, 1891, p. 26)

Jeune fille dix-neuf ans. Tumeur du volume d'un œuf de pigeon, datant de plusieurs années, à la région sus-hyoïdienne, au-dessus de

l'os hyoïde, auquel elle adhère si intimement, qu'il est impossible d'interposer les deux doigts entre l'os hyoïdien et le contour du kyste. Elle est médiane, arrondie. Diagnostic de kyste dermoïde ad-hyoïdien. Énucléation de la tumeur par la voie sus hyoïdienne ; adhérence telle avec l'os hyoïde qu'on est obligé d'attirer l'os en dehors pour pouvoir le séparer de ses connexions fibreuses avec la tumeur, manœuvre qui entraîne un arrêt respiratoire à donner de l'inquiétude au chirurgien. Le kyste renferme de la matière butyreuse ; sa paroi est tapissée de poils, et l'examen histologique ne laisse aucun doute sur sa nature dermoïde. Guérison sans drainage, et il reste une cicatrice linéaire, qui, abritée par la saillie du maxillaire inférieur et le menton, est à peine perceptible.

OBSERVATION XLV

(DUPLAY, *Bull. médic.*, 1891, p. 493)

Jeune fille, dix-sept ans : excellente santé, pas d'antécédents héréditaires ; a remarqué, depuis quelques mois, une grosseur dans la bouche gênant les mouvements de la langue. La tumeur indolente, médiane, divisée en deux parties égales par le frein de la langue, a les dimensions d'un œuf de poule, et soulève le plancher buccal dans toute son étendue : muqueuse normale et sans adhérence. Elle s'enfonce profondément entre les muscles et vient faire saillie à la région sus-hyoïdienne ; par la pression, on la fait remonter sous la muqueuse buccale, ou descendre à la région sus-hyoïdienne ; aucune connexion ni avec le maxillaire inférieur, ni l'os hyoïde ; elle est fluctuante et un peu rénitente ; il n'y a aucune douleur, ni spontanée, ni provoquée. L'opération a montré qu'il s'agissait bien d'un kyste dermoïde.

OBSERVATION XLVI

(BAZY, *Bull. Soc. de chir.*, 1891, p. 28)

Homme, dix-neuf ans. Tumeur du volume d'une noisette, développée, depuis environ huit mois, à la région sus-hyoïdienne ; acquiert progressivement le volume d'une noix ; elle est médiane, mobile sous la peau, résistante avec sensation d'un contenu mou, adhérente à l'os hyoïde, pas de saillie du côté du plancher buccal, pas de troubles fonctionnels du côté de la phonation, la respiration et la déglutition ; pas

d'engorgement ganglionnaire, ni de traumatisme antérieur. Diagnostic de kyste dermoïde. Cocaïnisation ; incision médiane, du menton au cartilage thyroïde ; dissection laborieuse à cause des nombreuses adhérences aux muscles et surtout à l'os hyoïde ; réunion de la peau au catgut, sans drain. Guérison.

OBSERVATION XLVII

(BAZY, *Bull. Soc. de chir.*, 1891, p. 29)

Homme, trente et un ans ; a remarqué, depuis environ un an, une grosseur comme une noisette, à la région sus-hyoïdienne. La tumeur augmente peu à peu, et actuellement elle a le volume d'un petit œuf de poule ; elle est ovoïde, légèrement aplatie dans le sens antéro-postérieur, molle, fluctuante et adhérente à l'os hyoïde. Pas de troubles de la déglutition, ni de la phonation et de la respiration. Diagnostic de kyste dermoïde. Incision verticale sur la ligne médiane, depuis le maxillaire inférieur jusqu'à 2 ou 3 centimètres au-dessous de l'os hyoïde ; dissection laborieuse à cause de ses adhérences aux muscles, et surtout aux grandes cornes de l'os hyoïde ; suture profonde en surjet pour combler la vaste cavité résultant de l'ablation de la tumeur. Pas de drainage, pansement iodoformé. Guérison. La tumeur présente les caractères macroscopiques indiqués ; contenu analogue à du mastic, quelques poils.

OBSERVATION XLVIII

(CAYE, *Thèse de Paris*, 1892)

Fille, seize ans ; s'est aperçue, depuis douze ans environ, d'une grosseur sous la langue, qui a augmenté peu à peu sans douleur. Actuellement la tumeur est grosse comme une noix, arrondie, légèrement fluctuante, demi-molle, sans garder toutefois l'empreinte du doigt. Elle ne proémine pas dans la région sus-hyoïdienne, et semble adhérer au maxillaire inférieur. Les canaux de Warthon sont libres ; muqueuse buccale normale, elle n'offre pas la coloration bleuâtre des grenouillettes. Pas de troubles dans la respiration, ni la déglutition ; la voix seule est altérée (voix de grenouille des plus manifestes). Diagnostic de kyste dermoïde. Incision transversale de trois centimètres, sous le chloroforme, décortication, avec les doigts seulement, de la tumeur

adhérente aux apophyses géni ; une traction suffit pour rompre le tractus fibreux : pas de suture ; la plaie est simplement bourrée de gaze iodoformée. Guérison. La tumeur est remplie d'un mastic blanc-grisâtre, couleur glace au café ; on trouve, à l'examen microscopique, des cristaux de cholestérine ; les parois de la poche offrent la structure de la peau.

OBSERVATION XLIX

(QUÉNU, *Bull. de la Soc. de chirurgie*, 1892, p. 387)

Jeune fille, vingt-deux ans ; tumeur développée à seize ans, avec assez de rapidité. Elle est traitée par l'incision et le drainage (Labbé) ; guérison en dix-neuf jours ; récurrence après cinq ans. La tumeur se reforme, augmente peu à peu de volume ; troubles fonctionnels, gêne de la déglutition et de la respiration, surtout la nuit. En outre (fait intéressant à signaler, commun à d'autres affections de la langue), la malade souffre des oreilles, sans qu'on trouve une altération quelconque de la caisse ou du conduit auditif, par un examen spécial. La tumeur a les dimensions d'un œuf de poule, siège sur la ligne médiane, et refoule la langue en arrière, en faisant franchement saillie dans la bouche ; elle est distendue, résistante et de coloration jaunâtre ; canaux de Warthon libres, écartés et non divisés. Diagnostic de kyste dermoïde. Cocaïnisation ; incision médiane, ponction de la poche kystique, il sort un liquide clair, séreux ; énucléation ensuite facile de la tumeur, qui écartait les deux génio-hyoïdiens ; sutures profondes à la soie sans drainage ; réunion complète après cinq jours.

OBSERVATION L

(MONOD, *Bull. de la chirurgie*, 1892, p. 487)

Jeune homme de vingt ans. Tumeur du volume d'un petit œuf de poule ; faisait, sous la langue, une forte saillie ; située sur la ligne médiane. Au cou, léger relief augmentant notablement lorsqu'on déprime, avec le doigt, le plancher de la bouche. Diagnostic de kyste dermoïde. Incision courte, antéro-postérieure médiane dans la région sus-hyoïdienne ; énucléation facile de la tumeur en coupant, avec les ciseaux, l'adhérence qui l'unissait aux apophyses géni. M. Monod, qui, l'an dernier, a opéré une tumeur semblable par la voie buccale,

ajoute qu'il a été frappé de la simplicité opératoire par la voie sus-hyoïdienne, comme dans le cas présent.

OBSERVATION LI

(ROUTIER, *Bull. de la Soc. de chirurgie*, 1893, p. 171)

Homme, trente-quatre ans; a remarqué, depuis environ quinze ans, sous la langue, une grosseur qui a augmenté de volume progressivement, en simulant une grenouillette sus-hyoïdienne. La tumeur, depuis sept ans, a pris des proportions notables; actuellement, elle a les dimensions du poing d'un adulte; troubles fonctionnels dans la mastication, la déglutition et même la respiration. Diagnostic de kyste dermoïde. Incision parallèle au bord horizontal du maxillaire; énucléation facile, avec les doigts, de la tumeur, qui n'avait aucune adhérence; la loge, cependant, allait jusqu'aux apophyses géni sans y adhérer, comme on est trop porté à croire que c'est une règle absolue. Il est à noter que le même sujet était porteur d'une tumeur semblable, à la queue du sourcil, qui été également opérée.

Au moment de mettre sous presse, M. le professeur Tédénat a bien voulu nous communiquer une nouvelle observation. Malheureusement nous avons édifié notre travail, et le temps nous a manqué pour pouvoir signaler et utiliser en temps et lieu les réflexions qu'elle nous a suggérées. A notre grand regret, nous avons été obligé de l'ajouter à la fin de notre thèse et nous contenter de quelques remarques trop brèves à son sujet.

Nous ne saurions jamais assez remercier notre Maître de cette nouvelle preuve de sa bienveillance.

OBSERVATION LII

(Personnelle, inédite)

(Due à l'obligeance de M. le professeur TÉDENAT)

Kyste dermoïde du plancher buccal. — Ponction suivie d'évacuation incomplète et d'augmentation rapide de volume avec saillie sus-hyoïdienne plus marquée. — Extirpation par la voie cutanée. — Guérison.

Jules Az., vingt-cinq ans, fortement constitué, sans antécédents pathologiques. Au mois de mai 1884, le malade constate la présence d'une petite tumeur du volume d'une noix placée sous le frein de la langue. Elle reste stationnaire, puis grossit rapidement dans l'été 1885, ne provoquant pas de douleur, mais seulement un peu de gêne en refoulant la langue en arrière et à gauche. Elle faisait une saillie notable à la région sus-hyoïdienne. Au mois de novembre 1885, un médecin fit une ponction avec un trocart à hydrocèle par la voie buccale et évacua environ la moitié du contenu de la tumeur. Il consistait en un liquide gluant, contenant, dit le malade, « des grains de semoule et de fines gouttes d'huile. » Une réaction inflammatoire assez vive, avec gonflement douloureux refoulant la langue et gênant la déglutition, survint et dura cinq ou six jours. La tumeur moins mobile, peut-être un peu plus forte qu'avant la ponction, formait une saillie plus marquée vers la peau, un peu en arrière de la symphyse du menton. Des pommades, des badigeonnages iodés, furent employés pendant deux mois sans aucun résultat.

Le 5 mai 1886, le malade consulta M. le professeur Tédénat. Il était dans l'état suivant : tumeur du volume d'un œuf de poule, située sur la partie médiane de la région sus-hyoïdienne, plus développée sur le côté gauche. Elle fait saillie sous la langue et est recouverte par la muqueuse mobile sur la tumeur, sauf à l'endroit où a été faite la ponction, qui est marquée par une cicatrice ferme, ayant les dimensions d'une pièce de 1 franc. La tumeur semble adhérer à l'os hyoïde, dont elle suit les mouvements par un pédicule cylindroïde. A cause de cette adhérence, de la saillie plus accentuée de la tumeur vers le tégument externe, M. Tédénat propose l'extirpation par la voie cutanée, qui aura l'avantage de permettre une antisepsie plus sûre.

10. — Après rasage et anesthésie chloroformique, incision antéro-postérieure correspondant au grand axe de la tumeur. Section du raphé milo-hyoïdien. Décollement assez facile d'avec les muscles mylo-hyoïdiens. Section rasant le milieu de l'os hyoïde de l'adhérence sensible avant l'opération. Suture sans drain. Pansement compressif, Réunion immédiate et guérison complète le 20 mai.

La tumeur était constituée par une poche ayant une épaisseur de 2 à 3 millimètres selon les points. L'examen microscopique y a révélé la présence de couches épithéliales analogues à celles de la peau, de rares papilles, de nombreuses glandes pilo-sébacées peu développées. Le contenu formait une bouillie claire d'un gris jaunâtre, onctueuse avec débris épithéliaux, gouttes de graisse, quelques poils à peine visibles à la loupe.

De cette observation résulte encore une fois cette conclusion que la ponction ne donne pas seulement une guérison illusoire, mais qu'elle peut en certains cas provoquer des complications inflammatoires assez sérieuses, surtout lorsqu'on le fait dans une région qui, comme la bouche, est difficile à aseptiser et à maintenir aseptique.

Par contre, l'extirpation a procuré une guérison définitive, n'a été suivie d'aucune conséquence fâcheuse.

En outre, M. le professeur Tédénat a préféré la voie sus-hyoïdienne à la voie buccale.

Nous devons enfin faire observer que le chirurgien a pu, avant l'opération, reconnaître l'adhérence de la tumeur avec l'os hyoïde par un pédicule cylindroïde sensible au toucher.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

- CELSE. — Opera.
- FABRICE D'AQUAPENDENTE. — Observ. med. cent., I.
- PIERRE DE MARCHETTIS. — Recueil des observ. de médecine et de chirurgie, 1670. Traduction de Warmont (Th. de Paris, 1858).
- GÉRARD. — Traité de lupiologie, 1775.
- JOURDAIN. — Traité des tumeurs, 1778.
- BENJAMIN BELL. — Traité des maladies chirurgicales, 1796 (Traduction de Bosquillon, t. IV, p. 193).
- HEISTER. — Heisterii opera chirurgica, sectio II, caput 89.
- LODER. — Journal de chirurgie, t. III.
- SICHERER. — Rapport sur l'hôpital d'Heilbronn, 1837-38.
- BERTHERAND. — Thèse de Strasbourg, 1845.
- SYME. — Thèse de Bertherand, 1845.
- RIGAUD. — Thèse de Bertherand, 1845.
- LEBERT. — Mémoires de la Société de biologie, 1854.
- PERROULT. — Thèse de Paris, 1858.
- LINHART. — Gaz. hebdom., 1857, p. 134, et 1858, p. 502 (Extrait de l'Österreich. Zeitung, 1857, n° 3, et 1858, n° 14).
- DENONVILLIERS. — Compendium, t. III (art. des Kystes dermoïdes du plancher de la bouche).
- CRUVEILHIER. — Bulletin de la Soc. anatom., 1862, 2^{me} série, t. VIII, p. 43.
- LANDETTA. — Thèse de Paris, 1863, p. 45 et 47.
- MONFUMAT (DE) et GALLARD. — Bull. de la Soc. anat., 1865.
- PAQUET. — Arch. gén. de médec. (vol. II, 1867).
- BRYANT. — Clinical surgery, 1870, p. 170.
- VERNEUIL. — Kyste dermoïde du plancher de la bouche (Bull. de la Soc. anat., 1872, p. 110).
- PADIEU. — France médicale, 1874.
- NEUMANN. — Archiv. für klin. Chir., 1877.

- GUETERBOCK. — Lang. Arch. für klin. Chir., 1889.
CUSSET. — Thèse de Paris, 1877.
RICHET. — Leçons cliniques, 1878.
DUPLAY. — Traité de pathologie externe, t. V.
DESPRÈS. — Dictionnaire de méd. et de chir. pratiques, t. XVI.
BARBÈS. — Thèse de Paris, 1879, n° 203.
GRUBER. — Arch. für path. Anat., 1880, p. 442.
MEUNIER. — Bull. de la Soc. anat., 1881, p. 122.
HOFMOHL. — In Wiener Medizinische Presse, 1881, p. 762.
COMBALAT. — Bull. et Mémoires de la Soc. de chirurgie, 1881, t. VII,
p. 504.
NICAISE. — Bull. et Mémoires de la Soc. de chirurgie, 1881, t. VII,
p. 498.
GÉHÉ. — Thèse de Paris, 1882.
PILLON. — Thèse de Nancy, 1883.
BARKER. — Trans. of the clin. Soc. of London, 1883, p. 215.
DARDIGNAC. — Soc. de chirurgie, 1883, p. 710.
GERSTER. — New-York med. Journ., 1883, p. 578.
GOSSELIN. — In Ozenne (Arch. génér. de méd. 1883, p. 281).
WRIGHT. — The medical Record, 1885, p. 537.
PAGET. — Trans. of the pathol. Soc. of London, 1886.
HADDEN. — Trans. of the pathol. soc. of London, 1886.
FAWEL. — The Lancet, 1885, p. 843.
JACKSON. — The Lancet, 1885.
GÉRARD-MARCHANT. — Bull. de la Soc. anatom., 1886, 4^e série, t. XV,
p. 653.
RECLUS. — Gaz. hebdm., 1887, n° 5, p. 75.
FERRON. — Gaz. hebdm., 1887, n° 5, p. 150.
SUTTON. — Trans. of the pathol. soc. of London, 1887, t. XXXVIII,
p. 387.
GUINARD. — Bull. soc. anat., 1888.
LÉDIARD. — Path. soc. of London, 1888, p. 281.
TILLAUX. — Traité de chirurgie clinique, vol. I.
LANNELONGUE et ACHARD. — Traité des kystes congénitaux, 1886.
LANNELONGUE et MÉNARD. — Traité des affections congénitales, 1891.
SCHMIT. — Archives de méd. et chir. milit., 1891, p. 151.
GÉRARD-MARCHANT. — Bull. de la Soc. de chir., 1891, p. 26.
CAYE. — Thèse de Paris, 1892.

- DUPLAY. — Bull. méd., 1891, p. 493.
BAZY. — Bull. Soc. chir., 1891, p. 28.
QUÉNU. — Bull. Soc. chir., 1892, p. 387.
MONOD. — Bull. Soc. chir., 1892, p. 487.
ROUTIER. — Bull. Soc. chir., 1893, p. 171.
FAURE. — Thèse de Lyon, 1893.
-

Vu et permis d'imprimer :
Montpellier, le 10 mars 1894.

Le Recteur,
J. GÉRARD.

Vu et approuvé :
Montpellier, le 9 mars 1894.

Le Doyen,
MAIRET.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime, si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères, si j'y manque !
